

Université de Montréal

**Relation mère-fille dans le trouble de personnalité borderline :
Recension systématique des écrits et analyse phénoménologique interprétative de dyades
dont la fille adulte présente un trouble borderline**

par Marie-Ève Boucher

Département de psychologie
Faculté des Arts et Sciences

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.)
en psychologie recherche-intervention
option psychologie clinique

avril, 2017

© Marie-Ève Boucher, 2017

Résumé

Le trouble de personnalité borderline (TPB) peut être conceptualisé comme un trouble relationnel et représentationnel. D'une part, l'extrême détresse des personnes souffrant d'un TPB se déploie habituellement dans un cadre relationnel particulier. Par le fait même, l'entourage personnel et professionnel de ces personnes en est affecté négativement. D'autre part, ce sont des représentations soi-autrui instables et polarisées qui seraient à l'origine de la détresse et des manifestations comportementales du TPB. Étant un facteur de premier ordre dans le développement du monde représentationnel de l'enfant, la relation parent-enfant (RPE) jouerait ainsi un rôle prédominant dans le développement du TPB.

La présente thèse poursuit donc l'objectif général de mieux comprendre l'expérience de la RPE de personnes ayant un TPB et des parents de celles-ci. Trois objectifs secondaires découlent de cet objectif général et ont donné lieu aux deux études décrites ci-après : (a) Faire état des connaissances empiriques actuelles sur la RPE dans le TPB, (b) Tenter de réconcilier les résultats contradictoires trouvés dans les écrits scientifiques, et (c) Favoriser l'émergence de nouvelles perspectives.

La première étude est une recension systématique de 40 articles empiriques ayant porté sur la RPE dans le TPB en se basant sur la perspective de l'enfant, du parent ou de la famille. Les participants borderlines rapportent de manière constante une RPE significativement plus dysfonctionnelle que les participants des groupes normatifs. Les comparaisons avec des participants ayant d'autres diagnostics à l'Axe I ou II du DSM-IV sont toutefois moins concluantes. Un manque d'affection parentale et un contrôle parental élevé semblent représenter

des facteurs de risque généraux pour la psychopathologie; à l'inverse, l'incohérence parentale semble liée plus spécifiquement au TPB.

La seconde étude propose une méthodologie novatrice dans ce domaine de recherche, soit une approche qualitative dyadique. Huit dyades, composées chacune d'une femme ayant un TPB et de la mère de celle-ci, ont été recrutées avec l'aide d'organismes communautaires. Chaque participante a été interviewée individuellement à propos de sa relation mère-fille actuelle et passée. Les transcriptions littérales d'entrevues ont été analysées en suivant les principes de l'analyse phénoménologique interprétative. Les huit filles avaient un discours généralement convergent, décrivant leur mère comme étant intrinsèquement fragile et/ou ayant été fragilisée par de nombreuses épreuves. Deux types d'attitudes face à la détresse ont aussi pu être identifiées dans le discours des mères : (a) Invalidiser et repousser la détresse psychologique et (b) Être submergée par la détresse psychologique et céder face à celle-ci. Une explication aux résultats quantitatifs contradictoires de la première étude est proposée. De plus, une conceptualisation dynamique des résultats, sous forme de continuum et de métaphore, est présentée et discutée.

Les trois idées suivantes résument les conclusions principales de cette thèse. Premièrement, l'adversité relationnelle vécue par des adultes ayant un TPB et leurs parents peut prendre de multiples facettes. Deuxièmement, il est essentiel de considérer le tempérament et son interaction unique avec les comportements parentaux pour comprendre les trajectoires développementales menant au TPB. Troisièmement, l'incohérence parentale est un aspect de la RPE qui semble davantage spécifique au TPB et qui devrait faire l'objet d'une investigation plus poussée dans le futur.

Mots-clés : trouble de personnalité borderline, relation parent-enfant, relation mère-fille, recension systématique, analyse phénoménologique interprétative, recherche qualitative.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) can be conceptualized as a disorder of interpersonal relations and of representations of self and others. On one hand, people with BPD often express their extreme distress in a particular relational context. Consequently, professionals and relatives of these people are negatively impacted by their BPD. On the other hand, unstable and polarized representations of self and others would explain the distress and behavioral manifestations of BPD. A major factor in the development of the child's representational world, the parent-child relationship (PCR) therefore appears to play a predominant role in the development of BPD.

The present thesis aims at understanding better how adults with BPD and their parents experience the PCR. Three secondary objectives stem from this general objective and lead to the two studies described hereafter: (a) Taking stock of the actual empirical basis of knowledge on the PCR in BPD, (b) Reconcile contradictory findings identified in the literature, and (c) Facilitate the emergence of new perspectives.

The first study is a systematic review of 40 empirical articles about the PCR in BPD, based on either the perspective of the child, parent or family. BPD participants consistently reported a much more dysfunctional PCR compared to normal controls. Comparisons with participants presenting DSM-IV Axis-I and Axis-II disorders were however a lot less consistent. Low parental care and high parental overprotection may represent a general risk factor for

psychopathology; at the opposite, parental inconsistency appears to be more specifically associated with BPD.

The second study proposes an innovative method in this field, that is a qualitative dyadic approach. Eight dyads, each consisting of an adult female with BPD and her mother, were recruited through community resources. Each participant was individually interviewed about her actual and past mother-daughter relationship. Verbatim transcripts were analysed following the interpretative phenomenological analysis (IPA) guidelines. The eight daughters' narratives were generally convergent and depicted the mothers as inherently vulnerable and/or weakened by many hardships encountered over the last decades. As for the mothers' narratives, they could be divided into two types: 1) invalidating and warding off psychological distress and 2) being overwhelmed by and giving in to psychological distress. An explanation to the first study's contradictory quantitative findings is provided. Moreover, a dynamic conceptualization of results, comprising a continuum and a metaphor, is proposed and discussed. The three following ideas summarize the main conclusions of this thesis. First, the relational adversity experienced by adults with BPD and their parents can take many forms. Second, it is essential to consider temperament and its unique interaction with parental behaviors in order to understand the various developmental trajectories leading to BPD. Third, parental inconsistency is a PCR aspect which appears specific to BPD and should be more investigated in the future.

Keywords: borderline personality disorder, parent-child relationship, mother-daughter relationship, systematic review, interpretative phenomenological analysis, qualitative research.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Liste des sigles	xi
Remerciements.....	xii
Chapitre 1 – Introduction générale	1
1. Mise en contexte	2
1.1 Définition et prévalence du TPB.....	2
1.2 Conséquences du TBP pour la personne et son entourage	5
1.3 Synthèse de la mise en contexte.....	13
2. Théories principales sur l'étiologie du TPB	13
2.1 Théorie de Masterson et Rinsley.....	14
2.2 Théorie de Pine	15
2.3 Théorie de Linehan	17
2.4 Théories contemporaines sur le rôle de l'interaction parent-enfant dans l'étiologie du TPB	18
2.5 Théories sur les représentations de soi et des autres des personnes ayant un TPB	20
3. Conceptualisation et structure de la présente thèse.....	23
3.1 Première étude : recension systématique des écrits	24

3.2 Seconde étude : étude qualitative dyadique	25
Références	28
Chapitre 2 : Première étude.....	39
Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review	39
Abstract	41
Method	45
2.1 Search Strategy	45
2.2 Inclusion and Exclusion Criteria.....	46
2.3 Study Selection	46
Results.....	47
3.1 Characteristics of the Studies.....	47
3.2 Perspective of BPD Probands	47
3.3 Perspective of Parents of BPD Probands	54
3.4 Perspective of Family	56
Discussion	58
4.1 Summary of Results in Relation to the Aims of the Review	58
4.2 Theoretical and Clinical Implications.....	66
4.3 Strengths and Limitations of the Present Review	70
4.4 Quality Assessment of Included Studies.....	73
4.5 Recommendations for Future Research:	74
References	76
Chapitre 3 : Deuxième étude.....	111

Experience of the mother-daughter relationship in borderline personality disorder: A qualitative dyadic analysis	111
Abstract	112
Method	117
2.1 Participants.....	117
2.2 Procedure and instruments	119
2.3 Data analysis	121
Results.....	123
3.1 Perception of daughters: the weakened mother, a major common theme.....	124
3.2 Perception of mothers: two different ways of coping with distress	126
3.3 Dyad H: a mix of the two approaches to distress.....	134
Discussion	136
4.1 Summary of results	136
4.2 Induced theoretical conceptualization and other theoretical implications	138
4.3 Strengths and limitations of the present study	141
References.....	145
Chapitre 4 : Conclusion générale.....	153
1. Les multiples facettes de l'adversité relationnelle perçue dans la RPE.....	153
2. Le tempérament de l'enfant et son interaction avec les comportements parentaux ...	157
3. L'incohérence parentale, un facteur potentiellement spécifique à explorer davantage	
160	
3.1 L'incohérence parentale, un processus dynamique aux diverses formes	160
3.2 Liens avec la recherche antérieure sur l'incohérence parentale.....	164

3.3 Implications cliniques	167
3.4 Implications pour la recherche future	169
Conclusion	170
Références.....	172
Annexe I – Tableaux supplémentaires de la première étude	i
Annexe II – Formulaires de consentement	i
II.1 Formulaire de consentement des filles	i
II.2 Formulaire de consentement des mères	iv
Annexe III – Instruments de mesure de la seconde étude.....	vii
III.1 Plan d’entrevue semi-dirigée pour la fille.....	vii
III.2 Plan d’entrevue semi-dirigée pour la mère	viii
III.3 Profil sociodémographique	ix
III.4 Profil psychologique	x
III.5 Notes réflexives après entrevue	xi

Liste des tableaux

Tableau I.	Characteristics of Perspective of BPD Probands Studies	91
Tableau II.	Characteristics of Perspective of Parents of BPD Probands Studies	104
Tableau III.	Characteristics of Perspective of Family Studies.....	107
Tableau IV.	Table 1 - Pseudonyms given to each participant	119
Tableau V.	Table S1 – Results of Perspective of BPD Probands Studies.....	i
Tableau VI.	Table S2 – Results of Perspective of Parents of BPD Probands Studies.....	xi
Tableau VII.	Table S3 – Results of Perspective of Family Studies	xiv

Liste des figures

Figure 1.	Study sorting and selection strategy	110
Figure 2.	Continuum of two types of attitudes toward distress.....	139

Liste des sigles

APA: American Psychiatric Association

AN: Anorectic

BPD: Borderline personality disorder

DSM- III: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*

DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*

DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

EMBU: Swedish acronym for “own memories of upbringing” (self-report questionnaire)

IPA: Interpretative phenomenological analysis

NC: Normal controls

ODM: Other dyad member

OPD: Other personality disorders

PBI: *Parental Bonding Instrument*

PCR: Parent-child relationship

RPE: Relation parent-enfant

SCID-II: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*

TPB: Trouble de personnalité borderline

Remerciements

Réaliser une thèse de doctorat est une tâche qu'on exécute principalement seule, face à son écran d'ordinateur. Il m'apparaît toutefois essentiel de souligner que le soutien émotionnel de mon entourage fut nécessaire pour compléter ce long et parfois douloureux processus. On pourrait dire que derrière chaque doctorant(e) se cachent de nombreuses personnes qui prennent de ses nouvelles, lui demandant ponctuellement « Et puis, t'en es où avec ta thèse? ». Avant d'enfin pouvoir leur répondre « Je l'ai déposée, peux-tu le croire? », je tiens à les remercier.

Merci à ma famille d'avoir toujours cru que je finirais par finir mon doctorat, même si par moments, je n'en voyais pas le bout. Merci à mes parents, François Boucher et Dominique Joly, pour nos soupers hebdomadaires où je pouvais vous faire un compte-rendu de mon avancement et ventiler mes émotions négatives. Merci à mon frère Mathieu et ma sœur Catherine, pour vos encouragements et votre intérêt constant quant à mon cheminement.

Merci à mes collègues de laboratoire, qui sont devenus au fil du temps des amis, chez qui j'ai pu trouver une grande écoute et une empathie, voire une sympathie, face à ce cheminement rempli de défis que constitue un doctorat de troisième cycle. Stéphanie, Rachel, Catherine Dubuc, Lola, Catherine Allard-Chapais, merci pour nos échanges ponctuels! Un merci particulier à Jessica, qui a été particulièrement présente pour moi dans la dernière année : je t'entends déjà dire « oui, mais tu m'as beaucoup aidée aussi! », c'est vrai, on s'est épaulées mutuellement et c'est ce qui rend notre lien encore plus précieux pour moi. Lâche pas, sœur d'armes, la fin de ta thèse approche!

Merci à mon directeur de thèse, Serge Lecours, de m'avoir donné la chance d'intégrer une aussi belle équipe et de réaliser un projet de thèse qui correspondait exactement à mes intérêts et mes ambitions. Merci entre autres pour ton implication accrue dans les dernières semaines : tu avais raison, j'y suis arrivée!

Merci à Deborah Ummel, qui est devenue au fil du temps une amie très chère à mes yeux. Je me suis fortement inspirée de la méthodologie de ta thèse pour réaliser la mienne : une recension systématique et une étude qualitative dyadique, c'était ton idée à la base! Merci pour ta grande disponibilité, tes conseils et ton aide pour l'analyse de mes données qualitatives. Ce fut un plaisir d'échanger avec toi! Merci aussi de m'avoir permis d'enseigner le cours de méthodologie en me prêtant tout ton matériel de cours.

Merci à mon amoureux, Jonathan Faust, qui a été à mes côtés tout le long de mon cheminement doctoral. Le stress des demandes d'admission aux cycles supérieurs, la joie d'être admise, les émotions vécues en stages et en internat, les aléas des mois de rédaction, les doutes, le découragement, l'angoisse... j'ai eu la chance de pouvoir compter sur toi à travers toutes ces étapes. Merci de m'avoir écoutée, appuyée et permis de ventiler! Toi aussi, tu avais donc hâte que je la finisse, cette chère thèse : ça y est, mon amour!! Une nouvelle phase de notre vie à deux commence et j'ai tellement hâte d'écrire de nouveaux chapitres avec toi.

Enfin, je tiens à remercier le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) et le Fonds de recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC) pour les bourses de recherche qu'ils m'ont octroyées.

Chapitre 1 – Introduction générale

L’auteure de cette thèse a fait le choix de se centrer sur la dimension relationnelle, plutôt que génétique ou émotionnelle, du trouble de personnalité borderline (TPB). Ce choix découle d’abord des connaissances actuelles liées aux traitements du TPB. Les recommandations de traitement pour ce trouble de personnalité (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Paris, 2009) indiquent que la psychothérapie est le traitement à prioriser pour ce type de patients et que la médication ne devrait être utilisée que comme complément temporaire pour des symptômes spécifiques. De la même façon, plusieurs auteurs influents (Livesley, 2012; McMain, Boritz, & Leybman, 2015; Paris, 2015) ont souligné l’importance des facteurs communs à la psychothérapie, notamment une alliance thérapeutique forte entre le patient et son psychothérapeute, pour expliquer l’efficacité de la psychothérapie avec les patients ayant un TPB. Une méta-analyse récente (Cristea et al., 2017) a d’ailleurs validé le fait que plusieurs types de psychothérapie étaient efficaces avec les patients borderlines. Paris (2015) indique également que les psychothérapies dont l’efficacité est validée pour traiter le TPB ont toutes en commun le fait d’apprendre aux patients borderlines à mieux gérer leurs relations interpersonnelles. Il apparaît ainsi pertinent de se pencher sur la dimension relationnelle du TPB, étant donné que des traitements adressant cette dimension ont été trouvés efficaces pour traiter ce trouble de personnalité. Par ailleurs, les théories étiologiques sur le TPB réfèrent toutes à une contribution de la relation parent-enfant dans le développement de ce trouble de personnalité : ces diverses théories ont également guidé la façon d’aborder le TPB dans cette thèse et seront abordées dans la deuxième section de cette introduction.

1. Mise en contexte

Cette première section vise à démontrer en trois temps à quel point il est important de contribuer à l'avancement des connaissances sur le TPB. Elle vise également à mettre de l'avant la dimension relationnelle unique de celui-ci. Tout d'abord, un nombre significatif de gens reçoivent ce diagnostic dans la population générale et encore davantage dans le système de santé. Ensuite, le TPB est lié à une détresse significative et à des comportements dangereux pour les personnes ayant ce diagnostic, comportements qui se déploient habituellement dans un cadre relationnel particulier. Enfin, le TPB a un impact négatif à plusieurs niveaux sur l'entourage personnel et professionnel des personnes borderlines.

1.1 Définition et prévalence du TPB

Selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), le TPB consiste en un « mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers » (American Psychiatric Association [APA], 2015, p. 862). Plus précisément, le TPB se présente sous la forme d'au moins cinq des neuf critères suivants (APA, 2015) : 1. Des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés; 2. Un mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation; 3. Une perturbation de l'identité, soit une instabilité marquée et persistante de l'image de soi; 4. De l'impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet, tels des dépenses outrancières, la toxicomanie ou la conduite automobile dangereuse; 5. La répétition de

comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations; 6. Une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur; 7. Des sentiments chroniques de vide; 8. Des colères intenses et inappropriées ou une difficulté à contrôler sa colère; 9. La survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Ces critères donnent lieu à 256 profils de TPB possibles, soit toutes les combinaisons possibles de cinq, six, sept, huit ou neuf critères sur neuf au total. Cheavens, Strunk et Chriki (2012) ont donc cherché à démontrer quel construit, entre la difficulté à réguler ses émotions, des relations problématiques et un soi non intégré, prédisait le mieux les symptômes du TPB. La difficulté à réguler ses émotions s'est avérée le meilleur construit prédisant les symptômes du TPB. De plus, selon plus de cent cliniciens expérimentés, la dérégulation émotionnelle serait la caractéristique principale qui distinguerait le TPB du trouble dysthymique, ces diagnostics étant tous deux caractérisés par un affect négatif (Conklin, Bradley, & Westen, 2006). Enfin, la dérégulation émotionnelle a également été liée aux symptômes du TPB dans divers échantillons non cliniques (Gardner, Qualter, & Tremblay, 2010; Glenn & Klonsky, 2009).

Selon une recension de cinq études épidémiologiques américaines (Sansone & Sansone, 2011), la prévalence du TPB dans la population générale serait de 1,2 à 5,9 %. Des études plus récentes (ten Have et al., 2016; Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014) ont suggéré que la prévalence de ce diagnostic tournerait davantage autour de 1 à 2 % et que les études ayant conclu à une prévalence de 5,9 % (Grant et al., 2008; Zanarini et al., 2011) auraient inclus les cas sous-cliniques. Après avoir rapporté une prévalence de 1,1 % pour le diagnostic avéré, soit cinq critères et plus, ten Have et ses collègues (2016) sont justement arrivés à une prévalence de 4,9 % en incluant les gens présentant de trois à quatre critères du TPB. Fait important à noter, ces auteurs ont

démontré qu'un nombre de symptômes borderlines sous le seuil diagnostique était tout de même associé à une comorbidité psychiatrique et à une atteinte fonctionnelle marquée. En somme, une partie importante de la population générale est affectée par la présence de plusieurs symptômes borderlines.

On retrouverait une proportion égale d'hommes et de femmes présentant un TPB dans la population générale (Busch, Balsis, Morey, & Oltmanns, 2016). En milieu clinique, le TPB serait cependant beaucoup plus prévalent chez les femmes : on estime que 75 % des patients ayant un TPB et consultant une clinique externe de psychiatrie sont des femmes (Korzekwa, Dell, Links, Thabane, & Webb, 2008). Korzekwa et ses collègues ont expliqué cette différence des sexes par la plus grande propension des femmes à consulter pour leurs problèmes de santé mentale. Au plan clinique, il a été démontré que la présence d'un diagnostic de TPB atténuerait plusieurs différences de genre habituellement retrouvées dans des échantillons normatifs. Par exemple, les hommes et les femmes présentant ce trouble de personnalité ne seraient pas différents au niveau de l'agressivité et des idées suicidaires et rapporteraient des taux de comorbidité similaires pour de nombreux troubles à l'Axe I (abus de substance, trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif) et à l'Axe II (excepté les troubles de personnalité antisociale et narcissique, davantage présents chez les hommes) (Silberschmidt, Lee, Zanarini, & Schulz, 2015). Cependant, les femmes borderlines rapporteraient une symptomatologie plus sévère et davantage de perturbations de leurs relations interpersonnelles, ce qui pourrait expliquer, selon Silberschmidt et ses collègues, la présence majoritaire de femmes ayant un TPB en milieu clinique. Au plan culturel, la prévalence du TPB serait significativement plus élevée en Amérique du Nord qu'en Asie, et ce tant dans la population générale (Tomko et al., 2014) qu'en clinique externe de psychiatrie (Wang et al., 2012).

Dans les milieux cliniques, il semble que la prévalence de ce trouble de personnalité augmente à mesure que croît l'intensité des soins. En clinique externe de psychiatrie, environ 9 % des patients présenteraient un TPB, l'un des trois troubles de personnalité les plus fréquemment diagnostiqués dans ce milieu (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Une autre étude (Korzekwa et al., 2008) a trouvé une prévalence de 22 %, que les auteurs expliquent par l'inclusion de patients présentant des troubles à l'Axe I habituellement exclus des études de prévalence, ainsi que par l'altération très marquée du fonctionnement des patients de leur clinique externe. En unité d'hospitalisation psychiatrique, la prévalence du TPB serait encore plus élevée : deux études ont rapporté qu'entre 31 % (Leontieva & Gregory, 2013) et 43 % (Grilo et al., 1998) des patients internés présentent un tel diagnostic. Ces données reflètent bien la détresse et l'altération du fonctionnement extrêmes qui caractérisent le TPB et dont il sera question dans la prochaine sous-section.

1.2 Conséquences du TBP pour la personne et son entourage

1.2.1 Détresse émotionnelle intense et comportements autodestructeurs des patients

Il existe un consensus dans les écrits scientifiques quant au fait que les patients borderlines sont caractérisés par une douleur émotionnelle intense (Conklin & Westen, 2005; Zanarini & Frankenburg, 2007). Comparativement à des patients présentant uniquement une dépression majeure, des patients présentant à la fois ce diagnostic et un TPB ont des scores de dépression plus élevés sur des mesures auto-rapportées, mais similaires lors d'évaluations par un clinicien (Stanley & Wilson, 2006). Il semble ainsi que les patients ayant un TPB vivent subjectivement une détresse psychologiquement plus intense, mais que cela n'est pas apparent aux yeux d'un tiers. Deux autres études (Zanarini et al., 1998; Zanarini, Gunderson,

Frankenburg, & Chauncey, 1990) ont également rapporté que les patients ayant un TPB vivent plus fréquemment et plus intensément des affects dysphoriques que des patients ayant d'autres troubles de personnalité.

C'est cette douleur émotionnelle vécue comme intolérable qui serait à l'origine des comportements impulsifs et souvent autodestructeurs des patients borderlines (Holm & Severinsson, 2008; Paris, 2002; Zanarini & Frankenburg, 2007). Ainsi, selon Holm et ses collègues, l'automutilation serait un moyen pour ces patients d'à la fois communiquer avec leur entourage et d'endurer la douleur émotionnelle liée aux attentes et aux demandes sociales. De la même façon, Paris (2002) indique que les menaces et les tentatives suicidaires répétées sont liées à une utilisation massive des soins de santé et peuvent être interprétées comme des façons d'exprimer sa détresse à son entourage, et non comme un réel désir de mourir. Paris rapporte qu'il a été en effet souvent observé que les tentatives de suicide des patients borderlines survenaient dans un contexte comportant des éléments de protection, par exemple juste avant le retour à la maison d'un proche ou juste après l'appel du patient à un proche pour l'avertir de sa tentative à venir. Ainsi, plusieurs suicides complétés chez cette clientèle ont pu l'être par une défaillance inattendue des éléments de protection et non par une intention réelle de mettre fin à ses jours. Cela étant dit, selon la recension des écrits de Paris (2002), environ 10 % des patients borderlines meurent par suicide : les suicides complétés surviendraient plus tard dans le cours de la maladie, dans la trentaine, lorsque les patients réalisent que les traitements ont échoué et qu'ils ne sont toujours pas remis malgré les efforts investis dans les traitements. Ce taux de suicides complétés est extrêmement élevé et dénote une fois de plus l'ampleur de la souffrance psychique que vivent les personnes ayant un TPB.

Trois études qualitatives mettent particulièrement en lumière l'aspect relationnel de cette douleur émotionnelle (Briand-Malenfant, Lecours, & Deschenaux, 2012; Nehls, 1999; Perseius, Ekdahl, Asberg, & Samuelsson, 2005). Premièrement, l'étude de Perseius et de ses collègues résume l'expérience d'avoir un TPB par la métaphore suivante : marcher en équilibre sur un fil tenu au-dessus d'un volcan. Le volcan représente ici les émotions souffrantes et changeantes vécues au quotidien par les participants ayant un TPB. On sent par cette métaphore l'effort constant de ne pas tomber dans cette détresse et de continuer à avancer avec l'espoir d'aller mieux. Cette notion de mouvement est centrale selon ces auteurs à l'expérience subjective des patients borderlines, qui ont également exprimé porter un « masque de normalité » qui cache leur souffrance réelle à leur entourage. Paradoxalement, bien qu'ils semblent vivre difficilement le fait que les autres ne sachent combien ils souffrent réellement, les participants de cette étude ont aussi indiqué que le port de ce « masque » est un moyen de ne pas déranger leurs proches avec leur propre souffrance. Cette ambivalence relationnelle est également présente dans un autre thème rapporté par Perseius et ses collègues, soit le grand besoin de ces participants d'être aimés et leur impression simultanée de ne pas être aimables.

Deuxièmement, deux des trois principaux thèmes rapportés par Nehls (1999) en lien avec l'expérience de vivre avec un TPB font référence aux réactions négatives d'autrui face à ce diagnostic. D'une part, les participants de cette étude ont décrit leur impression de vivre avec une étiquette péjorative et non un diagnostic pouvant les aider. Ils ont rapporté avoir été maintes fois blâmés pour leur détresse et considérés comme des cas qu'on ne pourrait pas traiter adéquatement et chez qui les soignants n'espéraient pas voir grand changement au fil du temps. D'autre part, les participants ont indiqué que leurs comportements autodestructeurs étaient habituellement perçus comme de la manipulation, ce avec quoi ils étaient fortement en

désaccord. Selon eux, l'automutilation est un moyen direct et non détourné d'obtenir de l'aide et de contrôler leur souffrance émotionnelle. Il semble ainsi exister un lien entre la perception d'être manipulés par les patients et le manque d'empathie des soignants, dont il sera question plus loin.

Troisièmement, une étude qualitative ayant porté sur l'expérience de la tristesse des patients borderlines indique une externalisation claire de leur détresse (Briand-Malenfant et al., 2012). La tristesse est vécue chez ces participants comme le fait d'être endommagé par l'agressivité d'autrui ou d'être rejeté par une autre personne. Ces résultats ont amené Briand-Malenfant et ses collègues à conclure qu'il ne s'agissait pas réellement de tristesse¹, mais plutôt d'une détresse régulée dans l'espace intersubjectif. Dans la conclusion de sa thèse doctorale, Briand-Malenfant (2012) pose comme hypothèse l'idée que

« l'« *interpersonnalisation* » de la souffrance sert, entre autres, à recruter l'autre personne pour demeurer en lien plutôt que d'élaborer une douloureuse séparation. En effet, les participants ne parlent pas de la possibilité de perdre l'autre, mais manifestent pourtant comment ils ne peuvent demeurer seuls pour vivre leur expérience émotionnelle. [...] Un rôle « d'espace psychique externe » semble en effet attribué au proche dans les récits des participants [...]. On pourrait alors dire que ces participants souffrant d'un [TPB] agissent de façon à ne pas se retrouver *seuls*, au sens large, lorsqu'ils vivent et élaborent leur expérience de souffrance. »
(p. 85-86)

¹ La tristesse est habituellement définie comme une émotion liée à l'expérience de perte et régulée à l'intérieur de l'individu.

1.2.2 Fardeau émotionnel et financier associé au TPB pour les proches

Être le proche aidant d'une personne ayant un TPB serait associé à un fardeau financier, mais surtout émotionnel très important au quotidien (Dunne & Rogers, 2013; Goodman et al., 2011). Ces impacts négatifs (par ex., détresse psychologique, expérience de deuil, problèmes financiers) seraient plus marqués comparativement aux proches d'autres types de patients (Bailey & Grenyer, 2013; Scheirs & Bok, 2007). Les proches de patients borderlines comprennent bien la discrimination à l'endroit de ces derniers, étant donné qu'ils rapportent se sentir eux-mêmes exclus des services de santé mentale en lien avec le diagnostic du patient (Lawn & McMahon, 2015).

Trois études qualitatives aident à mieux comprendre l'expérience subjective des proches de patients borderlines (Dunne & Rogers, 2013; Ekdahl, Idvall, Samuelsson, & Perseius, 2011; Giffin, 2008). Premièrement, ces personnes, souvent les parents des patients, décrivent une « vie en marchant sur la pointe des pieds » (*life tiptoeing*) : ils vivent constamment dans l'inquiétude que quelque chose de grave arrive à leur proche et font tout ce qu'ils peuvent pour éviter que cela se produise (Ekdahl et al., 2011). Ekdahl et ses collègues font d'ailleurs référence à une autre étude de leur groupe de recherche précédemment citée (Perseius et al., 2005) en concluant que cette vie en marchant sur la pointe des pieds semble être une bonne stratégie lorsqu'on vit avec un « volcan » chez soi. Cette dynamique relationnelle serait spécifique aux proches de personnes ayant un TPB selon ces auteurs. Par ailleurs, les proches ont rapporté un sentiment marqué d'impuissance de voir que leur enfant ou conjoint borderline ne recouvre pas la santé malgré tous les efforts que les soignants et eux-mêmes (les proches) investissent pour qu'ils aillent mieux. De plus, un fort sentiment de culpabilité anime souvent les proches des patients

borderline, qui se disent qu'ils auraient dû voir venir les difficultés de ces derniers et faire quelque chose pour les empêcher de survenir. Enfin, Ekdahl et ses collègues ont rapporté que la frontière entre le bien-être des proches et de celui des patients borderlines semblait effacée : selon les proches, leur bien-être est entièrement lié à celui de leur enfant ou conjoint. Comme l'indiquait une participante de cette étude : « nous vivons à travers nos enfants, s'ils se sentent bien, nous nous sentons bien! » (p. e72, traduction libre de l'auteure).

Deuxièmement, des parents de patientes borderlines ont rapporté un stress chronique et traumatique face au fait d'être témoin des tentatives de suicide et de l'automutilation de celles-ci (Giffin, 2008). Ces parents ont également décrit un dilemme quant au niveau de soutien qu'ils doivent offrir à leur fille. Finalement, en plus de chercher un sens à cette situation, ces parents ont parlé de l'impact négatif du TPB sur la famille élargie, notamment des tensions dans le couple parental et avec la fratrie. Cette incompréhension face à leur proche et à ce qu'ils doivent faire est également rapportée par Dunne et Rogers (2013). Les proches de patients borderlines aimeraient beaucoup comprendre comment ces derniers se sentent mais trouvent cela très difficile. De plus, les proches aidants se sentent pris au dépourvu et disent avoir besoin que quelqu'un leur dise quoi faire et comment agir avec leur proche ayant un TPB.

1.2.3 Réactions négatives et difficultés rencontrées par les professionnels de la santé dans le traitement de patients borderlines

Les professionnels en santé mentale travaillent fréquemment avec les personnes ayant un TPB et rapportent généralement une expérience plus difficile, voire désagréable, avec ce type de patients comparativement à d'autres patients (Cleary, Siegfried, & Walter, 2002) : la majorité des professionnels en santé mentale rapporte travailler au moins une fois par mois avec cette

clientèle et un tiers d'entre eux, quotidiennement. Une corrélation positive significative a d'ailleurs été établie entre le nombre de patients borderlines traités dans le dernier mois et les douze derniers mois, et les attitudes négatives du personnel médical envers ce type de patients (Bodner et al., 2015). Bodner et ses collègues ont aussi trouvé que comparativement aux psychologues et aux travailleurs sociaux, les infirmières et les psychiatres avaient traité un plus grand nombre de patients borderlines dans le dernier mois et qu'ils avaient plus d'attitudes négatives et moins d'empathie envers ceux-ci. Une recension systématique récente (Dickens, Lamont, & Gray, 2016) a d'ailleurs conclu que les attitudes des infirmières à l'endroit des patients borderlines sont parfois contre-thérapeutiques.

Il semble que ces attitudes négatives ne soient pas sans conséquence pour le patient : une étude expérimentale a récemment démontré que l'ajout de l'information « diagnostic de TPB antérieur » aux informations cliniques sur une patiente évaluée pour des symptômes de trouble panique introduisait un biais négatif dans le jugement clinique de divers professionnels en santé mentale (Lam, Salkovskis, & Hogg, 2016). Ainsi, lorsque les professionnels avaient en tête une patiente borderline avec symptômes paniques plutôt qu'une patiente avec uniquement des symptômes paniques, ils ont jugé que la patiente borderline était possiblement moins traitable, que la durée de son traitement serait plus longue, que la patiente se soumettrait moins au traitement et serait moins motivée. Les psychiatres et les infirmières étaient encore une fois plus sceptiques quant au pronostic de la patiente borderline comparativement aux psychologues et aux travailleurs sociaux.

Bien qu'ils aient été fréquemment dépeints comme ayant davantage d'ouverture et d'empathie envers les patients borderlines, un grand nombre de psychologues ont rapporté néanmoins

trouver difficile le travail avec cette clientèle. Comparativement aux patients dépressifs, les patients borderlines présenteraient des attitudes et des affects plus variés selon les psychologues, qui les considèrent comme ayant des réponses interpersonnelles plus hostiles, plus narcissiques, mais aussi plus conciliantes, plus anxieuses et plus sexualisées (Bourke & Grenyer, 2013). Les psychologues ont également rapporté une plus grande détresse émotionnelle et un plus grand besoin de supervision dans leur travail avec des patients borderlines. Selon McIntyre et Schwartz (1998), plus le nombre d'années d'expérience comme psychologue augmente, plus le niveau de contre-transfert à l'endroit des patients borderlines diminue.

Cette idée d'une connaissance et d'une compréhension accrues du TPB pour diminuer les attitudes négatives à son égard a été suggérée par de nombreux auteurs, notamment par Stroud et Parsons (2013) suite à une étude qualitative sur l'expérience d'infirmières communautaires en psychiatrie auprès de la clientèle borderline. Stroud et Parsons ont indiqué que lorsque les infirmières avaient un cadre théorique pour comprendre et expliquer les comportements des patients borderlines, elles présentaient de meilleures attitudes envers ces patients et faisaient de meilleurs liens entre les expériences passées du patient et son état actuel. À l'inverse, lorsque les infirmières n'avaient pas de cadre théorique sur le TPB, elles adoptaient des attitudes plus négatives et des explications parfois contradictoires pour donner un sens aux comportements de ces patients. Cette étude qualitative a également mis en lumière l'aspect variable des attitudes d'une infirmière envers un patient borderline, attitudes qui alternaient d'une crainte à un désir d'aider le patient. Stroud et Parsons ont ajouté que les résultats rapportés expliquaient bien ceux trouvés par Bodner et ses collègues (2015) à l'effet que les psychologues présentent une attitude plus positive envers les patients borderlines que les infirmières : les psychologues travaillent

habituellement avec un cadre conceptuel étoffé et une formulation de cas spécifique au patient pour ensuite travailler en psychothérapie avec celui-ci.

1.3 Synthèse de la mise en contexte

En résumé, les personnes ayant un TPB expriment et régulent leur souffrance psychologique marquée par des gestes impulsifs et dangereux pour eux-mêmes; leur détresse est ainsi régulée dans l'espace intersubjectif et les agirs qui en découlent revêtent par le fait même une dimension relationnelle particulière. Ces agirs sont souvent perçus comme de la manipulation et/ou de la provocation par leur entourage personnel et professionnel. Parallèlement, leurs proches vivent beaucoup de détresse en lien avec leur diagnostic et se sentent souvent impuissants et dans l'incompréhension face à celui-ci. Les professionnels en santé mentale réagissent aussi fortement face aux patients borderlines et se sentent souvent animés d'émotions contradictoires à leur endroit, alternant entre un désir de les aider et divers sentiments négatifs. Puisqu'un cadre conceptuel clair semble être la clé pour mieux intervenir auprès des patients borderlines, la prochaine section détaillera les principales théories sur l'étiologie de ce trouble de personnalité.

2. Théories principales sur l'étiologie du TPB

Depuis les années soixante-dix, plusieurs théories ont été élaborées pour expliquer le développement du TPB. La plupart de ces théories présentent la relation parent-enfant (RPE) comme un facteur déterminant dans le développement de ce trouble de personnalité. D'une part, un premier ensemble de ces théories (voir sections 2.1 à 2.4) réfère fondamentalement aux *comportements* des parents envers l'enfant et à l'interaction constante entre ceux-ci et le

tempérament de l'enfant. D'autre part, un second ensemble de théories (voir section 2.4) met davantage l'accent sur les *représentations* soi-autrui des personnes ayant un TPB et suggèrent que ces représentations seraient à l'origine des symptômes de ce trouble de personnalité.

2.1 Théorie de Masterson et Rinsley

Se basant sur deux théories psychanalytiques du développement psychique (Kernberg, 1972; Mahler, 1974), ainsi que sur leurs propres observations cliniques, Masterson et Rinsley (1975) ont affirmé que le manque de disponibilité libidinale de la mère face aux besoins de séparation et d'individuation de l'enfant constituerait le facteur-clé du développement du TPB. Ainsi, la mère récompenserait les comportements de dépendance de l'enfant et se retirerait lorsque ce dernier agirait de manière autonome. Cette alternance de comportements maternels tantôt accueillants, tantôt punitifs résulterait en l'introjection d'une unité de relations d'objets clivées : l'enfant intégrerait donc deux représentations « soi-objet-affect » complètement séparées dans sa psyché. D'une part, l'unité partielle « mère hostile et rejetante - soi inadéquat » entraînerait la dépression d'abandon². D'autre part, l'unité partielle « mère soutenante – soi bon » amènerait un sentiment de gratification et une tendance à dépendre d'autrui. Par ailleurs, dans ce modèle, la mère de l'enfant qui développera un TPB aurait elle-même ce diagnostic : elle ressentirait beaucoup de gratification lors de la phase symbiotique du développement de son

² Selon Masterson et Rinsley (1975), la dépression d'abandon correspondrait chez l'enfant à un sentiment d'anxiété primaire et de culpabilité face à l'expérience d'un abandon imminent de la part de la mère. Ces auteurs associent également à ce concept un sentiment profond de vide et l'impression que le monde externe est insensé (« meaninglessness of the external world », p.170). Il est important de noter que l'abandon par la mère n'est pas nécessairement avéré et que sa simple anticipation est suffisante pour amener une telle détresse chez l'enfant.

enfant et éprouverait par la suite une grande anxiété de séparation face aux tentatives d'individuation de ce dernier (Masterson & Rinsley, 1975).

Suite aux diverses critiques dirigées contre sa théorie, Masterson l'a révisée au début des années 1980 (Masterson, 1981). Il a alors affirmé que la présence d'un TPB chez la mère est *une* des causes possibles du développement du TPB chez l'enfant, tout en précisant qu'il est très important de considérer tant l'apport de l'enfant que celui de la mère dans le développement du TPB chez ce dernier. Ainsi, l'enfant pourrait présenter de légers dommages cérébraux ou certains retards développementaux de manière innée, ou encore la mère pourrait présenter d'autres troubles, telles une psychose, une maladie physique, ou encore être tout simplement absente durant la petite-enfance. En somme, le désir vital et nécessaire d'individuation de l'enfant entraînerait le retrait libidinal de sa mère et la dépression d'abandon chez l'enfant. La thérapie pour traiter le TPB selon Masterson et Rinsley (1975) viserait justement à intégrer une nouvelle unité de relation d'objet, constituée d'un objet approuvant la séparation-individuation, d'un soi capable d'être autonome et d'un affect agréable venant de stratégies d'adaptation constructives (plutôt que de comportements régressifs).

2.2 Théorie de Pine

À partir de son expérience clinique auprès de patients souffrant d'un TPB, Pine (1986) a élaboré un modèle expliquant le développement de l'enfant-borderline-en-devenir (« borderline-child-to-be »). Ce modèle tient compte de trois facteurs principaux : 1) l'expérience de traumatismes très précoces 2) l'apparition de déficits développementaux et 3) la dépendance excessive à des mécanismes de défense archaïques, qui ont permis la survie psychique. Premièrement, la notion de trauma très précoce est liée directement à la relation

parent-enfant : selon Pine, l'enfant-borderline-en-devenir aurait fait face de façon répétée à diverses expériences vécues comme une stimulation débordante et insoutenable pour son appareil psychique, et ce sans trouver d'apaisement auprès de son parent. La notion de subjectivité est centrale dans la théorie de Pine. Le trauma chez le jeune enfant ne serait donc pas mesurable de manière externe et objective : il est plutôt défini de manière subjective, comme une expérience de débordement intolérable. Non seulement le parent peut ne pas être apaisant face à une expérience particulière (par exemple, de la douleur physique), mais sa manière d'interagir avec l'enfant peut être traumatisante en soi pour ce dernier. Ainsi, tant un parent intrusif/actif que négligent/en retrait peut être vécu comme traumatisant par certains enfants. Ce qui importerait ainsi d'abord et avant tout, c'est l'adéquation du pairage entre les besoins de l'enfant et les réactions du parent. C'est ce pairage qui aurait notamment fait défaut chez l'enfant-borderline-en-devenir et son parent.

Deuxièmement, l'incapacité à être apaisé par les donneurs de soins entraverait la réalisation de certaines étapes développementale chez l'enfant, notamment sa confiance en l'autre et dans le monde, l'apaisement de son agressivité, la spécificité de son attachement, son estime de soi et la maturation de ses défenses. Ces étapes développementales qui ne seraient pas franchies avec succès correspondraient aux symptômes et difficultés observées chez les adultes borderlines (méfiance fondamentale envers autrui, dérégulation émotionnelle, attachement non-spécifique et utilitarisme des relations interpersonnelles, faible estime de soi et défenses archaïques).

Troisièmement, l'adulte borderline continuerait d'utiliser les diverses défenses qui auraient permis sa survie psychique alors qu'il était enfant. Ces défenses, dont le clivage, la pensée magique et l'identification à l'agresseur, aurait permis à l'enfant-borderline-en-devenir d'éviter

l'annihilation psychique; elles entraveraient toutefois le développement subséquent de l'enfant et du jeune adulte.

2.3 Théorie de Linehan

Le modèle biosocial de Linehan (1993) se centre sur l'interaction entre la vulnérabilité biologique et l'environnement social de l'enfant. D'une part, les personnes ayant développé un TPB présenteraient dès la première année de vie une très grande sensibilité aux stimuli émotionnels, ainsi que des réactions émotionnelles intenses s'estompant lentement. D'autre part, les gens ayant un TPB grandiraient dans un milieu que Linehan a qualifié d'invalidant, c'est-à-dire qui punit ou minimise l'expérience subjective de l'enfant et attribue celle-ci à des traits de personnalité inacceptables, tels la paresse ou l'immaturité. Par conséquent, au lieu d'apprendre à réguler ses émotions et à faire confiance à celles-ci comme étant une interprétation valide de la réalité, l'enfant vulnérable émotionnellement apprend graduellement à invalider sa propre expérience subjective, à se fier à autrui pour savoir comment il devrait se sentir et réagir, ainsi qu'à se considérer comme étant intrinsèquement mauvais (Linehan, 1993).

Un modèle transactionnel (Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005) a été proposé récemment afin de préciser la théorie d'invalidation de Linehan. La vulnérabilité émotionnelle de l'enfant l'amènerait à moins bien réguler ses émotions et donc à les exprimer d'une manière inadéquate, ce qui susciterait une réponse invalidante de la part du parent. Cette réponse parentale invalidante renforcerait la dérégulation émotionnelle de l'enfant, qui exprimerait alors de plus en plus inadéquatement ses émotions, ce qui augmenterait l'invalidation parentale, et ainsi de suite. Une invalidation chronique en viendrait donc à exacerber la vulnérabilité biologique de l'enfant. Malgré sa grande validité de surface, ce modèle transactionnel n'a jamais été vérifié

empiriquement. De la même façon, un modèle d'intervention familiale pour le TPB basé sur cette théorie transactionnelle a été proposé dans le but de transformer le cycle « expression inadéquate/invalidation » en cycle « expression adéquate /validation » : il n'a pas non plus été testé empiriquement (Fruzzetti & Shenk, 2008)

2.4 Théories contemporaines sur le rôle de l'interaction parent-enfant dans l'étiologie du TPB

Plusieurs théories de l'étiologie du TPB ont été énoncées récemment et accordent toutes une grande importance à la RPE. Premièrement, Holmes (2004) a affirmé que l'attachement désorganisé serait à la base du développement du TPB. Tout comme dans la relation d'attachement désorganisé, les relations interpersonnelles de personnes ayant un TPB peuvent être décrites comme un dilemme « approche-évitement », où l'autre est à la fois perçu comme une source de sécurité et de menace. Deuxièmement, en lien avec la théorie de l'auto-détermination, Ryan (2005) a défini le TPB comme un trouble de l'autonomie. Les déficits de régulation autonome du TPB résulteraient du manque de réaction, de l'invalidation ou de l'abus de la part des parents, qui n'auraient ainsi pas su soutenir le développement de l'autonomie de leur enfant (Ryan, 2005). Troisièmement, Gunderson et Lyons-Ruth (2008) ont proposé une théorie d'interaction gène-environnement. D'une part, l'enfant à risque de développer un TPB présenterait une hypersensibilité innée aux stressors interpersonnels. D'autre part, son parent présenterait également une prédisposition soit à sous-réagir, soit à hyper-réagir à cette hypersensibilité. Le parent et l'enfant contribueraient donc chacun au développement d'un attachement désorganisé (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Suivrait un phénomène d'escalade entre le parent et l'enfant, où leurs interactions deviendraient de plus en plus désorganisées et

basées sur des stratégies de contrôle de l'autre. Ce mode relationnel serait par la suite généralisé aux autres relations de l'enfant.

Quatrièmement, Zanarini et Frankenburg ont proposé en 1997 un modèle tripartite qu'elles ont révisé en 2007. Selon Zanarini et Frankenburg (1997), trois éléments seraient à l'origine du TPB : 1) un environnement familial traumatique 2) un tempérament vulnérable ou hyperbolique et 3) un événement ou une série d'événements déclencheurs, traumatiques ou normatifs. Une RPE dysfonctionnelle³ pouvant prendre diverses formes (séparation prolongée, insensibilité aux besoins de l'enfant, abus émotionnel, verbal, physique ou sexuel) amènerait l'enfant, déjà vulnérable au niveau de son tempérament, à vivre des émotions intolérables de rage, de désespoir, de terreur et/ou de honte. Certains événements viendraient plus tard dans la vie de l'enfant raviver ces émotions intolérables et « déclencheraient » le TPB. En révisant leur modèle en 2007, Zanarini et Frankenburg ont davantage insisté sur la notion de tempérament vulnérable que sur celle d'événements traumatiques, ainsi que sur l'interaction entre le tempérament et l'environnement. Ainsi, un tempérament plus ou moins vulnérable interagit avec des événements plus ou moins graves et cette interaction déterminerait la sévérité du TPB. Comme l'a suggéré Pine (1986), la notion de subjectivité est centrale à ce modèle révisé : un enfant très vulnérable au niveau émotionnel sera affecté par des événements que d'autres considèrent comme banaux, voire insignifiants. ...

³ Zanarini et Frankenburg (1997, 2007) ont aussi rapporté l'idée qu'une relation dysfonctionnelle avec les deux parents serait plus fréquente chez les personnes ayant un TPB que celles ayant d'autres psychopathologies.

2.5 Théories sur les représentations de soi et des autres des personnes ayant un TPB

Des théories plus récentes (Bender & Skodol, 2007; Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007) se centrent plutôt sur la façon dont les personnes ayant un TPB se perçoivent elles-mêmes et perçoivent généralement les autres personnes et suggèrent que ces représentations soi-autrui troublées seraient à l'origine de la dérégulation émotionnelle, de l'impulsivité et des relations interpersonnelles perturbées qui caractérisent le TPB. Bender et Skodol (2007) ont conclu qu'il est important de mieux comprendre la genèse de ces perturbations représentationnelles. La RPE jouerait par ailleurs un rôle de premier plan dans le développement du monde représentationnel de l'enfant (Clarkin et al., 2007) et de sa capacité à mentaliser, c'est-à-dire se représenter ses propres états mentaux et ceux d'autrui (Fonagy & Luyten, 2009). Dans leur approche basée sur la mentalisation, Fonagy et Luyten ont indiqué que les symptômes du TPB peuvent être vus comme des conséquences de la perte de la capacité à mentaliser dans des contextes relationnels émotionnellement intenses. Incapable de se représenter et de réguler ses états mentaux et ceux d'autrui dans de tels contextes, une personne ayant un TPB ressentirait ainsi une pression constante à externaliser ses états mentaux douloureux.

Pour expliquer les difficultés et le développement psychique des personnes ayant un TPB, Fonagy et Target (2000) ont élaboré une théorie développementale inspirée du fonctionnement mental des jeunes enfants. Selon ces auteurs, les adultes ayant un TPB utiliseraient en alternance deux modes primitifs de fonctionnement mental: l'équivalence psychique et le faire-semblant (« pretend mode »). D'une part, expérimenter la réalité en mode d'équivalence psychique peut

être comparé à l'image enregistrée par une caméra vidéo: les idées et les émotions sont alors des représentations directes ou équivalentes de la réalité. La personne n'a ainsi pas de capacité de « jouer avec la réalité » et ses idées et ses émotions deviennent ainsi trop terrifiantes à penser et à ressentir. D'autre part, le mode de faire semblant correspond au fait que les idées et les émotions soient expérimentées de manière uniquement symbolique et n'aient aucun lien avec le monde extérieur. C'est l'intégration de ces modes de fonctionnement mental qui aurait fait défaut dans le développement des adultes borderlines.

Selon Fonagy et Target, c'est la relation parent-enfant qui permettrait cette intégration. En effet, l'enfant a besoin d'un parent capable de considérer les deux modes simultanément (équivalence et faire-semblant) et d'aider l'enfant à les intégrer. L'enfant pourra ainsi savoir que ses pensées et émotions sont internes et donc distinctes de la réalité externe, mais également liées à cette réalité externe. La capacité à mentaliser serait donc intimement liée à la relation de mirroring avec le parent/donneur de soins. Pour réaliser qu'il a des idées et émotions et ensuite les différencier, l'enfant a besoin d'abord d'apprendre que son parent répond à ses états internes. Ensuite, son parent doit lui refléter, avec un affect légèrement contrastant, ses pensées et ses émotions. Une RPE dysfonctionnelle, où le parent n'aurait pu métaboliser et refléter d'une façon adéquate les états mentaux de son enfant, pourrait ainsi mener à l'internalisation chez l'enfant de l'expérience subjective et des défenses du parent, au lieu de la perception parentale des états internes de l'enfant. Fonagy et Target ont nommé ce phénomène « self étranger » (« alien self »), en référant au sentiment d'étrangeté que ressentent souvent les personnes ayant un TPB par rapport à leur expérience subjective.

De manière similaire, Benjamin (1996) a suggéré que le TPB soit un trouble interpersonnel et l'a résumé avec la phrase suivante : « mon malheur m'est ordonné par vous » (*My misery is your*

command) (p. 123). Cela signifie que les personnes borderlines auraient appris, selon Benjamin, que le malheur et la détresse attiraient l'amour et le souci d'autrui et qu'inversement, le bien-être et le succès entraîneraient le rejet et l'abandon. Ce schéma interpersonnel expliquerait notamment les comportements d'auto-sabotage fréquemment retrouvés chez les personnes ayant ce trouble de personnalité.

Plusieurs recherches empiriques récentes tendent à confirmer le caractère différent des représentations soi-autrui des personnes borderlines comparativement à d'autres groupes normatifs et cliniques. En effet, les personnes ayant un TPB rapportent des représentations de soi et des autres plus négatives et malveillantes comparativement à des participants n'ayant pas de troubles de santé mentale (Beeney, Hallquist, Ellison, & Levy, 2016; Kanske et al., 2016) et à d'autres présentant des diagnostics à l'Axe I (Lyons-Ruth, Melnick, Patrick, & Hobson, 2007; Zodan, Charnas, & Hilsenroth, 2009). Cela confirme la proposition suivante de Clarkin et ses collègues (2007): « individuals at the borderline level are under the impact of a distorted internal world of object relations dominated by negative affect », (p. 481). De plus, les représentations de soi et des autres de ces individus seraient plus instables et fluctuantes dans un intervalle de plusieurs heures (Beeney et al., 2016; Kanske et al., 2016). Enfin, certaines études ont rapporté une complexité représentationnelle équivalente (Westen, Ludolph, Lerner, Ruffins, & et al., 1990) et même accrue (Beeney et al., 2016) chez les personnes ayant un TPB.

D'autres études empiriques ont permis d'établir un lien significatif entre la modification des représentations soi-autrui et l'amélioration du fonctionnement chez des personnes borderlines suivant une psychothérapie à long terme (Blatt & Auerbach, 2001; Semerari et al., 2005).

Sememari et ses collègues ont proposé que les déficits de métareprésentations⁴ des personnes borderlines sont plus circonscrits qu'on le croyait : ces patients auraient surtout de la difficulté à construire des représentations intégrées et différenciées, mais pas à monitorer leurs affects, c'est-à-dire à les nommer et les expliquer. De plus, les déficits de métareprésentations dans le TPB surviendraient à certains moments seulement, en lien avec des événements relationnels négatifs; inversement, la capacité de métareprésentation des personnes borderlines serait généralement préservée suite à des événements relationnels positifs, tant au quotidien qu'en thérapie.

3. Conceptualisation et structure de la présente thèse

Tel qu'expliqué au début de ce chapitre, la conceptualisation du TPB comme un trouble d'abord et avant tout relationnel a été adoptée et a guidé l'élaboration de cette thèse. En résumé, la psychothérapie constitue actuellement le principal traitement recommandé pour les patients ayant ce trouble de personnalité et il semble que ce soit les facteurs communs aux divers types de psychothérapie, notamment une alliance thérapeutique forte entre le patient et le psychothérapeute, qui expliquent l'efficacité de cette intervention relationnelle. De plus, la recension des écrits précédente démontre qu'il existe un certain consensus à l'effet que les symptômes du TPB se déploient dans un contexte relationnel et découleraient de représentations négatives de soi et des autres, qui se forgeraient au sein des premières relations significatives.

⁴ La métareprésentation est, selon Sememari et ses collègues, l'aptitude à former des représentations de ses représentations et à utiliser ces représentations de second ordre pour expliquer ses propres comportements et ceux d'autrui.

C'est l'expérience *subjective* de ces premières relations qui expliquerait l'impact de celles-ci sur le développement psychique de l'enfant. Enfin, la notion d'influence bidirectionnelle entre le parent et son enfant est essentielle pour comprendre la RPE : la perception du parent doit donc tout autant être considérée que celle de son enfant. Cette thèse tentera donc de contribuer à mieux comprendre l'expérience de la RPE de personnes ayant un TPB et de leurs parents. Trois objectifs secondaires découlent de cet objectif général et ont donné lieu aux deux études décrites ci-après :

- 1) Faire état des connaissances empiriques actuelles sur la RPE dans le TPB (première étude),
- 2) Tenter de réconcilier les résultats contradictoires trouvés dans les articles scientifiques recensés dans la première étude (deuxième étude),
- 3) Favoriser l'émergence de nouvelles perspectives à l'aide d'une approche qualitative en adoptant un paradigme de compréhension de l'expérience subjective (deuxième étude).

3.1 Première étude : recension systématique des écrits

Une recension systématique des écrits portant sur la RPE dans le TPB constitue le premier article de cette thèse. À notre connaissance, aucune recension du genre n'a été réalisée à ce jour et il est donc difficile de déterminer avec exactitude les résultats des études empiriques sur ce sujet depuis l'apparition du diagnostic de TPB en 1980. De plus, en lien avec les notions de multifinalité et d'équifinalité en psychologie développementale (Cicchetti & Rogosch, 1996), il y a lieu de se demander si certains aspects de la RPE prédisent spécifiquement le TPB et aucun autre trouble de santé mentale, ou si les aspects évalués de la RPE représentent plutôt un risque général de psychopathologie. Plus précisément, cette recension a tenté de répondre aux trois questions suivantes :

- 1) Comment la RPE est-elle décrite par des participants ayant un TPB et leurs parents comparativement à d'autres groupes normatifs et cliniques?
- 2) Quels aspects de la RPE prédisent spécifiquement le risque d'un diagnostic de TPB?
- 3) Comment les facettes de la RPE identifiées dans les études recensées peuvent-elles apporter un nouvel éclairage sur les théories plus générales de l'étiologie du TPB?

3.2 Seconde étude : étude qualitative dyadique

Le chapitre 3 de la présente thèse consiste en une étude qualitative dyadique de l'expérience de la relation mère-fille de femmes adultes ayant un TPB et des mères de celles-ci. La recension systématique décrite précédemment et présentée au chapitre 2 a permis de constater que trop peu d'études sur la RPE dans le TPB avaient évalué la perception à la fois du parent et de l'enfant et que les résultats des quarante études recensées étaient plutôt difficiles à intégrer, étant donné la grande hétérogénéité des variables et des mesures employées. L'utilisation de dyades parent-enfant a permis d'accéder simultanément aux points de vue des filles et des mères ainsi que de clarifier l'interaction se produisant entre ceux-ci. Rappelons que cet aspect bidirectionnel de la RPE a été maintes fois souligné dans les théories citées dans la section 2 et justifie l'emploi d'une approche dyadique. Par ailleurs, une approche qualitative, plus particulièrement l'analyse phénoménologique interprétative, a permis d'explorer en détails l'expérience vécue par chaque participante au sein de la relation mère-fille ainsi que leur interprétation de cette expérience (Smith & Osborn, 2008). En se basant sur l'expérience vécue et rapportée spontanément par les participantes au lieu de concepts prédéterminés par le

chercheur, cette méthode inductive est un moyen d'apporter un éclairage complémentaire à la recherche quantitative sur le même sujet et de susciter de nouvelles questions de recherche dans ce domaine (Smith, 2004).

Par ailleurs, plusieurs raisons ont motivé le choix de se centrer sur la relation mère-fille, plutôt que père-fille ou mère-fils, dans le TPB. D'abord, la plus grande proportion de femmes que d'hommes ayant un TPB en milieu clinique (Korzekwa et al., 2008) influence fortement la recherche empirique : la presque totalité des études portant sur le TPB ont en effet utilisé des échantillons majoritairement ou exclusivement féminins. Ce biais de genre est mentionné depuis longtemps dans les écrits et de nombreuses causes sociales, culturelles et biologiques ont été proposées pour l'expliquer (Bjorklund, 2006; Simmons, 1992). Par conséquent, le choix de recruter des femmes plutôt que des hommes ayant un TPB a été fait afin de faciliter le recrutement ainsi que la discussion des résultats de cette étude. De plus, seules des mères ont été recrutées pour les dyades parent-enfant. De manière générale, la mère constitue la figure parentale principale de l'enfant, c'est-à-dire la personne avec laquelle l'enfant passe le plus de temps en bas âge et qui lui donne le plus de soins (par ex., nourriture, bain, jeux, etc.). On peut donc facilement imaginer le rôle prépondérant que joue habituellement la mère dans le développement socio-affectif de son enfant, notamment en ce qui a trait à son monde représentationnel et à sa capacité à mentaliser. En somme, l'utilisation de dyades mère-fille pour l'étude du TPB est justifiée par les écrits scientifiques.

Comme cette seconde étude a adopté une approche inductive, des buts plutôt que des hypothèses quant aux résultats attendus ont été formulés :

1) Décrire comment des femmes adultes ayant un TPB et les mères de celles-ci expérimentent et interprètent leur relation mère-fille passée et actuelle.

2) Décrire comment chaque membre de la dyade mère-fille se perçoit elle-même et perçoit l'autre membre de la dyade.

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 248-258.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2814%2961394-5>
- Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2016). Self–other disturbance in borderline personality disorder: Neural, self-report, and performance-based evidence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 28-39. doi: 10.1037/per0000127
- Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 500-517. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500>
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press.
- Bjorklund, P. (2006). No man's land: gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 3-23.

- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2001). Mental representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(1), 113-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/00030651010490010201>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15. doi: 10.1186/s12888-014-0380-y
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735-745. doi: 10.1521/pedi_2013_27_108
- Briand-Malenfant, R. (2012). *Exploration qualitative de l'expérience de tristesse pour des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/7088>
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients? . *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 939-955.
- Busch, A. J., Balsis, S., Morey, L. C., & Oltmanns, T. F. (2016). Gender differences in borderline personality disorder features in an epidemiological sample of adults age 55–64: Self versus informant report. *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 419-432. doi: 10.1521/pedi_2015_29_202
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., & Chriki, L. (2012). A comparison of three theoretically important constructs: What accounts for symptoms of borderline personality disorder?

- Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 477-486. doi:
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20870>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. doi:
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474>
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191. doi:
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69-77. doi:
<http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>
- Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 867-875. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.867
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4): 319–328. doi:
<https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality

- disorder: Systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1848-1875. doi: 10.1111/jocn.13202
- Dunne, E., & Rogers, B. (2013). "It's us that have to deal with it seven days a week": Carers and borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 643-648. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-012-9556-4>
- Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M., & Perseius, K.-I. (2011). A life tiptoeing: Being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), e69-e76. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2011.06.005>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fruzzetti, A. E., & Shenk, C. (2008). Fostering validating responses in families. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 215-227. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J200v06n01_17
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-1030. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579405050479>
- Gardner, K. J., Qualter, P., & Tremblay, R. (2010). Emotional functioning of individuals with borderline personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 208-212. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.08.001>

- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *ANZJFT Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. doi:
<http://dx.doi.org/10.1375/anft.29.3.133>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 20-28. doi:
<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.20>
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59-74. doi:
<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>
- Grant, B. F., Chou, S., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545. doi:
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Quinlan, D. M., Walker, M. L., Greenfeld, D., & Edell, W. S. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 155(1), 140-142.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>

- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1), 27-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00508.x>
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2), 181-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- Kanske, P., Schulze, L., Dziobek, I., Scheibner, H., Roepke, S., & Singer, T. (2016). The wandering mind in borderline personality disorder: Instability in self- and other-related thoughts. *Psychiatry Research*, 242, 302-310. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.060
- Kernberg, O. F. (1972). Early ego integration and object relations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193, 233-247.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Webb, S. P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 380-386. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.007>
- Lam, D. C. K., Salkovskis, P. M., & Hogg, L. I. (2016). 'Judging a book by its cover': An experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 253-268. doi: 10.1111/bjc.12093
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(4), 234-243. doi: 10.1111/jpm.12193

- Leontieva, L., & Gregory, R. (2013). Characteristics of patients with borderline personality disorder in a state psychiatric hospital. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 222-232. doi: 10.1521/pedi_2013_27_078
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Livesley, W. (2012). Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: The importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(1), 47-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pdps.2012.40.1.47>
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M., & Hobson, R. (2007). A controlled study of Hostile-Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment & Human Development*, 9(1), 1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616730601151417>
- Mahler, M. S. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 89-106.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissitic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(2), 163-177.
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F

- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038768>
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in Nursing & Health*, 22(4), 285-293.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.53.6.738>
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457>
- Paris, J. (2015). Applying the principles of psychotherapy integration to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 13-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038767>
- Perseus, K.-I., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano: Patients with borderline personality disorder and their Perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160-168. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2005.05.001>
- Pine, F. (1986). On the development of the "borderline-child-to-be". *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 450-457.
- Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, 17(4), 987-1006. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579405050467>

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(4), 13-18.
- Scheirs, J., & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764006074554>
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolo, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 690-710. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.690>
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M., & Schulz, S. C. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: Results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 828-838. doi: 10.1521/pedi_2014_28_175
- Simmons, D. (1992). Gender issues and borderline personality disorder: why do females dominate the diagnosis? *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(4), 219-223.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39-54.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2nd ed., pp. 51-80). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Stanley, B., & Wilson, S. T. (2006). Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 307-318. doi: 10.1521/pedi.2006.20.4.307

- Stroud, J., & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 242-253. doi: 10.1002/pmh.1214
- ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: A study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16(1), 249.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750. doi: 10.1521/pedi_2012_26_093
- Wang, L., Ross, C. A., Zhang, T., Dai, Y., Zhang, H., Tao, M., . . . Xiao, Z. (2012). Frequency of borderline personality disorder among psychiatric outpatients in Shanghai. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 393-401. doi: 10.1521/pedi.2012.26.3.393
- Westen, D., Ludolph, P., Lerner, H., Ruffins, S., & et al. (1990). Object relations in borderline adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 338-348. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199005000-00002>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518-535. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.518>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline

personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 201-207. doi:

<http://dx.doi.org/10.3109/10673229809000330>

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990).

Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 161-167. doi: 10.1176/ajp.147.2.161

Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011).

Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,300 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607-619. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV

personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Zodan, J., Charnas, J., & Hilsenroth, M. J. (2009). Rorschach assessment of reality testing,

affect and object representation of borderline pathology: A comparison of clinical samples. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(2), 121-142. doi:

[10.1521/bumc.2009.73.2.121](http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2009.73.2.121)

Chapitre 2 : Première étude

Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review⁵

Marie-Ève Boucher

Jessica Pugliese

Catherine Allard-Chapais

Serge Lecours

Lola Ahoundova

Rachel Chouinard

Sarah Gaham

Contribution des auteurs:

Marie-Ève Boucher a élaboré la stratégie de recension, effectué le tri des articles recensés, analysé les articles inclus et rédigé l'article.

Jessica Pugliese et Catherine Allard-Chapais ont effectué le tri des articles et ont participé à transformer une première version longue du manuscrit en une version plus courte (qui constitue l'étude présentée ci-après), notamment en réalisant les tableaux résumés S1 à S3 des résultats des études recensées.

⁵ Une version légèrement différente de cet article est disponible en ligne sur le site du périodique *Personality & Mental Health* (doi: 10.1002/pmh.1385)

Serge Lecours a élaboré la stratégie de recension, révisé le manuscrit et contribué à la rédaction de celui-ci.

Lola Ahoundova, Rachel Chouinard et Sarah Gaham ont participé au tri des articles recensés.

Abstract

The parent-child relationship (PCR) is considered a central factor in most contemporary theories on the etiology of borderline personality disorder (BPD). This systematic review aimed to answer the three following questions: 1) How is the PCR described by BPD participants and their parents in comparison to other normative and clinical groups? 2) Which aspects of the PCR are specifically associated with a BPD diagnosis in adulthood? 3) How can the facets of the PCR identified in the reviewed studies shed light on the general etiological models of BPD? Forty studies were retained and divided into three categories: perspective of BPD probands, perspective of their parents and perspective of family. BPD participants consistently reported a much more dysfunctional PCR compared to normal controls. Comparisons with participants presenting DSM-IV Axis-I and Axis-II disorders were a lot less consistent. BPD probands rated more negatively the PCR compared to their parents. Low parental care and high parental overprotection may represent a general risk factor for psychopathology, different from normal controls but common to BPD and other mental disorders. The best candidate for a specific PCR risk factor for BPD appears to be parental inconsistency, but further studies are necessary to confirm its specificity.

Keywords: borderline personality disorder; etiology; parent-child relationship; risk factor; systematic review.

The biosocial interaction theory of the development of borderline personality disorder (BPD) has reached a large consensus in the scientific literature (Cole, Llera, & Pemberton, 2009; Hughes, Crowell, Uyeji, & Coan, 2012). In a nutshell, the theory suggests that biological factors, such as a highly reactive temperament, and the social environment interact to contribute to the development of BPD. Many social factors conducting to BPD have been proposed.

First, physical and sexual abuse, and more generally trauma have been the focus of many literature reviews (Goodman & Yehuda, 2002; Paris, 1996; Sabo, 1997). However, not every person who has BPD has been abused or traumatized (Graybar & Boutilier, 2002). Also, after controlling for family environment, the relationship between child sexual abuse and later psychological adjustment became non significant (Rind, Tromovitch, & Bauserman, 1998). In other words, family environment was consistently confounded with child sexual abuse.

Second, insecure attachment has also been strongly related to BPD (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004). More specifically, the preoccupied, unresolved and fearful types were the most frequent attachment styles found in BPD patients (Agrawal et al., 2004; Barone, 2003; Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, Laverdiere, & Gunderson, 2009). In line with these results, a disorganized attachment between the caregiver and the child has been proposed as a risk factor for the development for BPD (Holmes, 2004). According to this author, the caregiver in a disorganized attachment can be viewed by the child simultaneously as a secure base and a source of threat, which can result in an approach-avoidance dilemma in later relationships. In short,

studies on attachment in BPD patients generated non specific results: many types of attachment representing an insecure or disorganized parent-child dynamic were related to the etiology of BPD. Moreover, failure to develop a secure base and attachment trauma were generally identified as potential factors explaining the etiology of this personality disorder (Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003).

The parent-child relationship (PCR) is probably the variable that best summarizes the “social portion” of the biosocial interaction theory since it can be considered as the most proximal causal environmental factor in the development of BPD. Recent conceptual models of BPD etiology indeed labeled the PCR in diverse ways: parental invalidation of the child’s subjective experience (Linehan, 1993), biparental failure⁶ (Zanarini et al., 2000), disorganized attachment (Holmes, 2004), or controlled-caregiving/punitive interpersonal strategies (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008).

Concurrently with these models specific to BPD, developmental psychology theorists proposed that gene-environment interactions may explain the emergence of various mental disorders but also of normality, and that research efforts should therefore aim at providing a full understanding of this complex nature-nurture interplay (Masten, 2006; Rutter & Sroufe, 2000). More work is also needed to better understand the concepts of multifinality (i.e., a single risk factor being associated to multiple outcomes) and equifinality (i.e., different risk factors leading to the same outcome) (i.e., Cicchetti &

⁶ Zanarini et al. (2000) provided the following definition of biparental failure: “both parents suffering from a psychiatric disorder that is associated with aspects of poor parental functioning or both parents being remembered as having a disturbed relationship with their preborderline child” (p. 265).

Rogosch, 1996). In a longitudinal study on the effects of parenting behavior on the risk for personality disorders (PD) in adult offspring (the only one so far to our knowledge), Johnson, Cohen, Chen, Kasen, and Brook (2006) demonstrated convincingly that composite indexes of parenting behaviors were significantly associated with the development of various PD in adulthood, over and above the influence of parental psychiatric disorders and children's emotional and behavioral disorders. Johnson and colleagues suggested that future research should examine whether some specific parenting behaviors were related to the risk for specific PD.

Many literature reviews on the social factors leading to BPD have been published in the last thirty years. They focused on family factors (Gagnon, 1993; Gunderson & Englund, 1981; Madeddu, Visintini, Fossati, & Maffei, 1991), pathological childhood experiences (Zanarini, 2000) and psychosocial risk factors (Keinanen, Johnson, Richards, & Courtney, 2012). Yet, none of these has put specific emphasis on the PCR. Also, let alone the work of Keinanen and colleagues (2012) and Madeddu and colleagues (1991), a systematic methodology was not used for retrieving relevant references in these literature reviews. Consequently, it is hard to know today what the empirical basis of the PCR in BPD is and how this knowledge relates to contemporary theories on the etiology of BPD. Moreover, in line with developmental psychology principles, one can wonder whether there are particular aspects of the PCR which are specifically associated with a BPD diagnosis in adulthood, but with no other disorder, or if PCR-related variables represent a non-specific risk for psychopathology in general.

A systematic review of studies on the PCR in BPD should therefore be informative. The review proposed here will synthesize all relevant studies made since BPD was

officially introduced in the DSM-III (i.e., 1980). More precisely, this review intends to gather information on the three following questions:

- 1) How is the PCR described by BPD participants and their parents in comparison to other normative and clinical groups?
- 2) Which aspects of the PCR are specifically associated with a BPD diagnosis in adulthood?
- 3) How can the facets of the PCR identified in the reviewed studies shed light on the general etiological models of BPD?

Method

2.1 Search Strategy

A computerized search was undertaken on May 2nd 2016 on the three following electronic databases: PsychInfo, Medline and Web of Science. Search terms were combinations of “borderline personality disorder” and keywords related to parenthood (mother* or father* or caregiver* or caretaker* or parent*). In order to make the search as efficient as possible, the source type was limited to peer-reviewed journals and the language was limited to English and French. Also, since BPD first appeared as an official psychiatric diagnosis in the DSM-III, the earliest publication year was set to 1980. The complete references retained from all three databases were transferred to EndNote. Duplicates were removed.

2.2 Inclusion and Exclusion Criteria

In line with this review's rationale, articles were included if they (a) focused on the PCR in BPD, that is the perception of the actual and/or past PCR by either the BPD participants themselves or by their parents; (b) compared BPD participants' perception of PCR to at least another control group AND/OR compared parents of BPD participants' perception of PCR to parents of another control group OR predicted BPD diagnosis with the PCR measure; (c) presented a standardized procedure, that is a valid instrument for confirming BPD diagnosis in late adolescence or adulthood; (d) included participants with BPD diagnosis (not only traits); (e) for cross-sectional studies, included a sample composed of mostly adult participants (age 18 years and over); (f) had data collected directly from the BPD participants and/or their parents; and (g) presented results pertaining specifically to an aspect of the PCR which had been measured in at least another screened article.

Articles were excluded if they (a) focused on parents diagnosed with BPD and their own children (without BPD diagnosis), b) presented results based only on chart reviews, or c) were solely theoretical models or case studies.

2.3 Study Selection

Using EndNote, all titles and abstracts were reviewed independently by two researchers (MEB and either LA, CAC, RC, SG, or JP). When a reference satisfied all inclusion criteria and met no exclusion criteria, it was sorted in the "to be included" group. However, when a reference met at least one exclusion criteria or failed to meet at least one inclusion criteria, it was sorted in the group of the appropriate exclusion criterion/lacking

inclusion criteria. When study selection was completed, the first author then compared her article sorting to each of her colleagues'. Any discrepancies between selections were discussed and resolved. See Figure 1 for the study sorting and selection strategy.

Results

3.1 Characteristics of the Studies

Forty studies were retained. Following the type of informant used, the studies were divided into three categories, with one study (Guttman & Laporte, 2002) being presented in two categories: perspective of BPD probands (33 studies, see Table I), perspective of parents of BPD probands (3 studies, see Table II) and perspective of family (5 studies, see Table III). A summary of results specific to each reviewed study can be found in the supplemental material available on the journal's website⁷ (Tables S1, S2 and S3).

3.2 Perspective of BPD Probands

3.2.1 Parental care and overprotection studies

These two variables are presented in the same category, since they were always measured together in the various studies included. Subsections were named after the type

⁷ Please see Appendix I (*Annexe I – Tableaux supplémentaires de la première étude*) of the present thesis.

of instrument used to measure parental care⁸ and overprotection⁹. Since almost half of all reviewed studies used the *Parental Bonding Instrument* (PBI), a separate subsection was formed for studies using this questionnaire (see subsection 3.2.1.1 below). Subsections 3.2.1.2 and 3.2.1.3 present studies using other standardized measures of parental care and overprotection and non standardized instruments respectively.

3.2.1.1 Studies using the Parental Bonding Instrument.

Seventeen studies compared BPD participants' scores on the PBI to those of other clinical groups. Seven had an all-female sample (Guttman & Laporte, 2002; Hernandez, Arntz, Gaviria, Labad, & Gutierrez-Zotes, 2012; Katerndahl, Burge, & Kellogg, 2005; Laporte & Guttman, 2007; Machizawa-Summers, 2007; Paris, Zweig-Frank, & Guzder, 1993; Paris, Zweig-Frank, & Guzder, 1994a), while two had an all-male sample (Paris, Zweig-Frank, & Guzder, 1994b; Timmerman & Emmelkamp, 2005). As for the eight remaining studies, seven used a predominantly female sample (Byrne, Velamoor, Cernovsky, Cortese, & et al., 1990; Fossati et al., 2001; Helgeland & Torgersen, 1997; Schwarze, Hellhammer, Stroehle, Lieb, & Mobascher, 2015; Torgersen & Alnaes, 1992;

⁸ Parental care was defined by Parker, Tupling & Brown (1979) as the PBI's first factor with "one pole defined by affection, emotional warmth, empathy and closeness, and the other by emotional coldness, indifference and neglect" (p.8).

⁹ Parental overprotection was defined by Parker and his colleagues (1979) as the second factor of the PBI, which "has one pole defined by control, overprotection, intrusion, excessive contact, infantilization and prevention of independent behavior, and the other by items that suggest allowance of independence and autonomy" (p.8)

Zweig-Frank & Paris, 1991, 2002) and one study did not specify the sex proportion of its sample (Goldberg, Mann, Wise, & Segall, 1985).

All studies except for one (Laporte & Guttman, 2007) used the two-factor structure of the PBI, measuring care and overprotection for both parents. As for Laporte and Guttman (2007), they used the new three-factor structure, consisting of care, denial of psychological autonomy, and denial of behavioral freedom (each measured for both parents). Most studies compared BPD groups to other clinical and normative groups.

The most consistent result concerning parental care and overprotection measured with the PBI was the fact that all four PBI subscales discriminated well BPD participants from normal controls. Indeed, whether using the PBI two-factor or three-factor structure and whatever the sample composition (inpatients only, outpatients only or mixed sample), BPD participants tended to report significantly lower parental care and higher parental overprotection compared to normal controls.

When PBI scores of BPD participants were compared to those of other DSM-IV Axis-I and Axis-II groups, results were less consistent. However, compared to parental overprotection, parental care seemed to more robustly discriminate BPD participants from Axis-I participants (i.e., psychiatric controls, schizophrenics, anorectics, and participants without personality disorders), with BPD participants reporting significantly lower parental care compared to Axis-I participants.

As for comparisons to participants with other personality disorders (OPD), results were even less consistent, some studies stating no significant differences for all four PBI subscales between BPD and OPD participants, while other studies reported that either parental care or parental overprotection scores were significantly different between both

groups. These inconsistent results might be explained by the type of patients included in the samples. Indeed, only studies with an inpatient-only or a mixed (i.e., inpatient and outpatient) sample reported no significant differences between BPD and OPD participants for all four PBI subscales scores. Conversely, studies using outpatient-only samples reported significant score differences between BPD and OPD participants on at least one PBI subscale. Parental care and overprotection could therefore be associated to psychopathology severity, instead of being specific relationship factors of BPD. Moreover, prediction of BPD diagnosis with PBI subscales seemed inconsistent: in most studies including other predictors in logistic regressions, PBI subscales became non significant and other variables, such as childhood sexual abuse, remained significant predictors. Finally, no clear patterns for PBI scores could be described using proportion of sex in samples of reviewed studies.

3.2.1.2 Studies using other standardized care and overprotection measures

Five studies measured perceived parental care and overprotection with standardized questionnaires other than the PBI. Three studies used the EMBU (Swedish acronym for “own memories concerning upbringing”) with predominantly female samples (Arens, Grabe, Spitzer, & Barnow, 2011; Ghiassi, Dimaggio, & Brune, 2010; Huang et al., 2014). One study used the *Adjective Checklist* to measure, in a predominantly female sample, seven parental behaviors, one of them being parental nurturance (Baker, Silk, Westen, Nigg, & Lohr, 1992). In a predominantly female sample, one study used the *Measure of Parental Style*, an abbreviated version of the PBI with an additional abuse subscale for both parents (Fletcher, Parker, Bayes, Paterson, & McClure, 2014).

In short, studies using other standardized measures of parental care and overprotection reported results in line for the most part with those of studies using the PBI. More precisely, retrospectively reported lack of emotional warmth, especially from the mother, was found to be a significant predictor of BPD diagnosis: adult BPD participants reported significantly lower levels of maternal emotional warmth compared to normal controls and participants with bipolar II disorder. However, these other standardized measures of parental care and overprotection consistently failed to discriminate BPD participants from depressive participants, a clinical group which was not specifically evaluated in studies using the PBI. According to the only longitudinal study reviewed in this subsection (Arens et al., 2011), “an elevated degree of internalized disorders was the only significant predictor that distinguished between BPD and [participants with depressive disorders]” (p. 37). However, the interaction between temperamental harm avoidance and perceived maternal overprotection was a significant predictor of the risk for BPD when compared to normal controls five years later. Finally, there seemed to be an age as well as a measure effect on the EMBU scores: results of three studies using this instrument suggested that only prospectively reported parental overprotection discriminated adolescents who would later develop BPD from those who would not. Conversely, in adult samples with retrospective scores, parental lack of emotional warmth and parental rejection and punishment were more frequently reported by BPD participants than by other clinical and non clinical groups. Results pertaining to parental overprotection in adult samples were inconsistent.

3.2.1.3 Studies using non standardized instruments for measuring parental care and overprotection

Three studies used a non standardized instrument to measure perceived parental care and overprotection (Bandelow et al., 2005; Frank & Hoffman, 1986; Hayashi, Suzuki, & Yamamoto, 1995). Frank and Hoffman (1986) used an all-female sample, while the other studies used samples mostly composed of females.

In summary, studies using non standardized measures of parental care and overprotection reported findings similar to those of studies using standardized measures. Compared to other clinical and non clinical groups, BPD participants consistently reported significantly lower parental care. However, parental overprotection discriminated BPD participants from normal controls, but not from other clinical groups.

3.2.2 Parental inconsistency:

Perceived parental inconsistency in BPD participants was evaluated and compared to other clinical groups in five studies (Allen et al., 2005; Dubo, Zannarini, Lewis, & Williams, 1997; Zannarini et al., 2000; Zannarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1989; Zannarini et al., 1997). Predominantly female samples were used in all of those studies.

In short, compared to normal and psychiatric controls, BPD participants reported significantly more conflicting responses and significantly less appropriate responses from their first parental figure (Allen et al., 2005). The four other studies compared BPD participants' scores of caretaker inconsistency to those of participants with OPD. Studies with low statistical power (i.e. $N = 50$ BPD participants and less than 30 control

participants) failed to detect a significant difference for rates of inconsistent treatment by a caretaker between BPD participants and OPD. Conversely, the two studies with high statistical power revealed that compared to OPD inpatients, a significantly greater proportion of BPD inpatients reported inconsistent treatment by at least one full-time caretaker, and that parental inconsistency, especially from the mother, was a significant predictor of BPD diagnosis. The group difference of this parental characteristic however was of a small magnitude, perhaps because of the stringent comparison of BPD and OPD groups.

3.2.3 Parental abuse and neglect:

Eleven studies compared rates of perceived parental abuse and neglect in BPD participants to those of different clinical groups (Byrne et al., 1990; Dubo et al., 1997; Fletcher et al., 2014; Frank & Hoffman, 1986; Heffernan & Cloitre, 2000; Merza, Papp, & Szabó, 2015; Paris et al., 1994a, 1994b; Zagarini et al., 2000; Zagarini et al., 1989; Zagarini et al., 1997). Three studies used an all-female sample (Frank & Hoffman, 1986; Heffernan & Cloitre, 2000; Paris et al., 1994a), one used an all-male sample (Paris et al., 1994b) while the other seven used a predominantly female sample.

All studies but one reviewed in this section measured parental abuse, while only four studies also evaluated parental neglect. Compared to participants with Axis-I disorders (bipolar disorder, post-traumatic stress disorder and major depressive disorder), BPD participants consistently reported more frequently parental abuse and neglect. As for comparisons of rates of parental abuse with participants with Axis-II disorders, only parental verbal abuse seemed to consistently discriminate BPD participants from

participants with other personality disorders, while results pertaining to parental physical and sexual abuse were not as consistent. Types of parental neglect which discriminated BPD from participants with OPD all referred to the parental inability in meeting their child's emotional needs, but not physical needs. Only two low-powered studies failed to find significant differences for parental abuse and neglect between BPD participants and other clinical groups. Finally, the concept of biparental failure was suggested as an etiological factor of BPD by Zanarini et al. (2000) since significantly more BPD than OPD participants reported abusive and/or neglectful behaviors from *both* male and female caretakers.

3.2.4 Parental attitudes

Using predominantly female samples, two studies compared rates of parental attitudes (i.e., aggressiveness, short temper, dominance) of BPD participants to those of non clinical and other clinical groups (Baker et al., 1992; Bandelow et al., 2005). In sum, BPD participants consistently reported negative parental attitudes. However, it is not possible to specify which parental attitude especially discriminated BPD participants from normal controls since results from the first study were the complete opposite of the second. Moreover, using a Bonferroni correction and after adjusting for age and sexual abuse, significant differences in ratings of parental attitudes were not found between BPD participants and participants with major depressive disorder.

3.3 Perspective of Parents of BPD Probands

Only one study (Bezirgianian, Cohen, & Brook, 1993) evaluated parents' reports of their behaviors towards their adolescent. A maternal style made of both overprotection

and inconsistency predicted BPD diagnosis two and a half years later, but did not predict any other Axis-I or II diagnosis. Bezirgianian et al. (1993) also reported that maternal overprotection alone specifically predicted histrionic personality disorder diagnosis and that maternal inconsistency alone specifically predicted BPD diagnosis two and a half years later.

Moreover, two studies (Goodman, Patel, Oakes, Matho, & Triebwasser, 2013; Goodman et al., 2010) measured parental perspective on BPD child's behavior compared to their non-BPD siblings. In the 2010 study, parents were asked to compare their BPD daughter to their other non-BPD daughters; in the 2013 study, they were asked to compare their BPD son to their non-BPD sons. In short, participating parents retrospectively described their BPD child as being unusually sensitive and having what is commonly called a "difficult temperament" as early as their first year of life. Parents also reported a troubled relationship with their BPD child in childhood and adolescence. Verbal abuse discriminated BPD adolescent daughters from their non-BPD sisters, while various violent and antisocial behaviors discriminated BPD adolescent sons from their non-BPD brothers. For women, variables related to temperamental traits (moodiness, unusual sensitivity) were the only predictors of BPD diagnosis to remain significant when controlling for age and household income. Excessive separation anxiety as infant was a significant predictor of BPD diagnosis across all developmental periods for men only.

3.4 Perspective of Family

3.4.1 BPD daughters and their parents.

Three studies compared BPD female participants' perception of the PCR to their parents' perception (Gunderson & Lyoo, 1997; Guttman & Laporte, 2000, 2002) and both studies by Guttman and Laporte (2000, 2002) compared BPD families' perceptions to those of families with anorectic (AN) and normal controls (NC) daughters. BPD daughters generally reported a more negative perception of their parents' behavior compared to their parents' perception of themselves. More precisely, BPD daughters reported less parental care, more maternal overprotection and inconsistent parental values and norms, while their mothers and fathers both described themselves in a more normative fashion. This marked daughter-parents disagreement over parental care seemed to be a characteristic unique to BPD families. Indeed, AN and NC daughters reported ratings of parental care similar to at least one of their parents'. Moreover, compared to parents of AN and NC daughters, mothers and fathers of BPD daughters reported similar maternal care, but significantly lower paternal care.

However, all three family members in BPD families agreed on one variable, the lack of maternal empathy directed toward the BPD daughter, while AN and NC daughters' perception of maternal empathy only correlated with their father's perception. Similarly, in BPD and AN families, daughters' perception of paternal empathy correlated only with their mother's perception.

3.4.2 BPD daughters and their sisters

Two papers drawing on the same sample compared BPD female participants' perception of PCR to their sisters' (Laporte, Paris, Guttman, & Russell, 2011; Laporte, Paris, Guttman, Russell, & Correa, 2012) and reported rather contradictory results. The 2011 paper reported results on the complete sample, while the 2012 paper reported results only on the BPD-discordant dyads, that is dyads where one sister was free of psychopathology. Surprisingly, in both studies, BPD probands reported significantly higher maternal care¹⁰ on the PBI, compared to their non-BPD sisters. However, in the 2011 paper, maternal care was not a significant predictor of BPD in multivariate analysis predicting *Revised Diagnostic Interview for Borderlines* (DIB-R) scores. Personality traits of affective instability and impulsivity were instead the significant predictors, over and above trauma. Laporte et al. (2011) therefore suggested that personality traits mediated the relationship between childhood adversities and development of BPD or resilience in adulthood.

In the 2012 paper, on a different questionnaire (Sibling Inventory of Differential Experience - SIDE - questionnaire), both BPD probands and their non-BPD sisters generally reported low scores of parental affection and high scores of parental overprotection. Similar rates for type of perpetrator (both parents, father only, mother

¹⁰ Results pertaining to maternal overprotection were not clear, since an inconsistency is found between Laporte and colleagues' (2012) text, which reports lower maternal overprotection in BPD participants compared to their non-BPD sisters (p.322), and Table 3 (p.323), which reports a higher, but non-significant maternal overprotection score for BPD participants. Explanations given by authors did not completely clarify this confusion.

only) of various types of abuse and physical neglect were reported as well by BPD probands and their sisters. Laporte and her colleagues therefore concluded that lack of parental care and marked parental abuse and neglect were not directed specifically toward the BPD daughter, but rather reflected generally dysfunctional PCR in those families.

Discussion

4.1 Summary of Results in Relation to the Aims of the Review

4.1.1 How is the PCR described by BPD participants and their parents in comparison to other normative and clinical groups?

BPD participants and their parents consistently reported a much more dysfunctional PCR compared to normal controls. First, compared to community-drawn participants who had no mental disorder, BPD participants tended to report significantly lower parental care, higher parental overprotection, and higher parental inconsistency. Second, compared to their other children who did not develop BPD, parents of BPD probands retrospectively described their BPD child as being unusually sensitive and having what is commonly called a “difficult temperament” as early as their first year of life. Parents also reported a conflictual relationship with their BPD child in childhood and adolescence: verbal abuse discriminated BPD adolescent daughters from their non-BPD sisters, while various violent and antisocial behaviors discriminated BPD adolescent sons from their non-BPD brothers.

Third, family-perspective studies revealed that compared to NC daughters, who had a perception similar to their parents', BPD daughters reported less parental care, more

maternal overprotection and inconsistent parental values and norms, while their parents both described themselves in a more normative fashion. This divergence of perception between daughter and parents seemed to be characteristic of BPD families. However, as reported in one of the reviewed studies, all three family members in BPD families agreed on one variable, the lack of maternal empathy directed toward the BPD daughter, while NC daughters' perception of maternal empathy only correlated with their father's perception. BPD participants' perception of parental care and overprotection was also compared to their non-BPD sisters' perception. As opposed to comparisons with both parents' perception, the comparisons with siblings' perception were generally convergent, BPD probands and their sisters both reporting lack of parental care and high parental overprotection. Surprisingly, compared to their non-BPD sisters, BPD participants reported more maternal care.

Comparisons with participants presenting DSM-IV Axis-I and Axis-II disorders were a lot less consistent, but some trends can still be delineated. Compared to parental overprotection, which yielded inconsistent results, lack of parental care seemed to more robustly discriminate BPD participants from Axis-I participants, with the exception of depressive participants. Parental inconsistency, abuse and neglect also consistently discriminated BPD participants from Axis-I participants.

As for comparisons with other Axis-II participants (OPD), parental abuse and neglect were globally the most consistent discriminating variables, BPD participants reporting significantly more frequently different forms of parental abuse and neglect than OPD. When considering specific types of abuse (i.e., physical, sexual, and verbal abuse), only parental verbal abuse seemed to consistently discriminate BPD from OPD

participants, while results pertaining to parental physical and sexual abuse were not as consistent. Furthermore, less consistent results concerning parental care and overprotection can be explained by the type of patients included in the samples (see 4.1.2 for further discussion). Overall, these results suggest that inpatients with BPD are better discriminated from inpatients with OPD based on rates of parental abuse and neglect, but not on rates of parental care and overprotection, while outpatients of both groups can be discriminated well using both types of variables. Alternately, parental inconsistency was reported significantly more frequently by BPD than OPD participants, but only in studies with high statistical power.

4.1.2 Which aspects of the PCR are specifically associated with a BPD diagnosis in adulthood?

The majority of studies included in the present review evaluated parental care and overprotection, mainly from the perspective of BPD probands and sometimes of their parents, or of both dyad members simultaneously. Results on parental care and overprotection generally confirmed the concept of multifinality (Cicchetti & Rogosch, 1996), that is the repeated observation that a single risk factor (i.e., low parental care or high parental overprotection) can be associated with multiple negative outcomes in the child's later development. While parental care and overprotection consistently discriminated BPD from NC participants, these two variables appear to be related to the severity of psychopathology, instead of being specific risk factors of BPD. Indeed, only studies on the perspective of BPD probands with an inpatient-only or a mixed (i.e., inpatient and outpatient) sample reported no significant differences between BPD and

OPD participants for all four PBI subscales scores. Additionally, studies using other standardized measures of parental care and overprotection failed to discriminate between BPD and depressive participants. These non significant results are in line with recent findings suggesting that BPD diagnostic criteria may represent a general factor of personality pathology and/or core features of personality disorder severity (Sharp et al., 2015). This new conceptualization of BPD could explain the less consistent results of studies comparing BPD participants' ratings of parental care and overprotection to Axis-I or Axis-II patients: the more severe the level of psychopathology reported by participants, the more extreme their ratings of parental care and overprotection were.

The two longitudinal studies reviewed (Arens et al., 2011; Bezirgianian et al., 1993) provided insights as to which aspects of the PCR specifically predict the risk for BPD diagnosis. Their prospective results suggested that maternal overprotection might be a risk factor for various mental disorders, but not for BPD specifically. According to Arens et al. (2011), the interaction between temperamental harm avoidance and perceived maternal overprotection was a significant predictor of the risk for BPD when compared to NC five years later: however, this interaction could not discriminate between BPD and depressive individuals five years later. Bezirgianian et al. (1993) reported that it was a maternal style made of both overprotection and inconsistency that specifically predicted BPD diagnosis two and a half years later, but did not predict any other Axis-I or II diagnosis. Likewise, parental inconsistency discriminated BPD from OPD in the studies on perspective of BPD probands with high statistical power. This possible specificity of parental inconsistency in the development of BPD was also suggested by Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, and Levine (2012) following a literature review on children of mothers with BPD. According

to Stepp and her colleagues, a pattern of oscillations between maternal hostile control and passivity would be unique to interactions between mothers with BPD and their children. Moreover, parental inconsistency could explain the marked divergence of perception between BPD probands and their parents in family perspective studies, especially when maternal care was concerned. Mothers of BPD daughters could possibly have focused on their overinvolvement with their child and perceived this behavior as an indicator of normative parental care, while BPD daughters might have focused on their mother's tendency to sometimes emotionally disengage and reported low maternal care.

4.1.3 How can the facets of the PCR identified in the reviewed studies shed light on the general etiological models of BPD?

The oldest reviewed studies, conducted in the 1980s, tried to verify two opposite hypotheses regarding the etiology of BPD: (1) the overprotection hypothesis, which posited that the mother of the preborderline child could not tolerate separation from her child and therefore maintained an attitude promoting dependency (Levy, 1943; Masterson & Rinsley, 1975); (2) the neglect and deprivation hypothesis, which stated that adults with BPD had received insufficient parental love and caring as children (Adler, 1985; Guntrip, 1968). Empirical support was given to both hypotheses, with slightly more support in favor of the neglect and deprivation hypothesis, which more robustly discriminated BPD from clinical and non clinical groups compared to overprotection (Frank & Hoffman, 1986; Frank & Paris, 1981; Goldberg et al., 1985; Zweig-Frank & Paris, 1991). Torgersen and Alnaes (1992) were the only authors confirming the overprotection hypothesis and contradicting the neglect and deprivation alternative, but later studies using the PBI and

DSM-based standardized evaluations of PBD again supported both theories (i.e., Machizawa-Summers, 2007). As mentioned in section 4.1.2, in two prospective studies (Arens et al., 2011; Bezirganian et al., 1993), maternal overprotection as rated at present time by adolescents or mothers themselves significantly predicted BPD diagnosis years later. Conversely, retrospectively assessed parental overprotection did not consistently discriminate BPD participants from participants with Axis-I and other Axis-II disorders.

It became more and more evident that a single psychosocial factor could not account alone for the development of BPD. As proposed by Frank and Paris (1981), Masterson and Rinsley's (1975) theory on the etiology of BPD could be conceptualized as an alternating pattern between parental overprotection towards the child's dependent behaviors and parental neglect towards the child's independent behaviors. Similarly, building on the propositions of Walsh (1977) and Melges and Swartz (1989), Allen and Farmer (1996) proposed that "parental behavior that alternates between the polarities of overinvolvement and underinvolvement may serve as a direct trigger to self-destructive behavior in patients with BPD" (p. 46). While Allen and Farmer's model was explicitly tested in only one study (Allen et al., 2005), results from many other studies reviewed in this article, such as Bezirganian et al. (1993) and Gunderson and Lyoo (1997), were in line with this general idea of parental contradictory behaviors associated with BPD.

Kernberg's (1967) theory on the etiology of BPD was empirically tested in one of the studies included (Baker et al., 1992). Following negative ratings of both parents by BPD participants, Baker and colleagues concluded that "the results imply that borderlines have a greater tendency to view the world in negative, malevolent ways than to split their object representations" (p. 258). The concept of biparental failure (Frank & Paris, 1981)

can be easily related to Kernberg's concept of malevolence. This similar concept has received indirect empirical support by many of the reviewed studies which reported negative ratings of both mother and father by BPD probands, and was explicitly tested and confirmed by one of the studies included (Zanarini et al., 2000).

Linehan's biosocial theory (Linehan, 1993), which posits that the interaction between a child's highly reactive temperament and an invalidating environment explains the development of BPD, was empirically tested by only one¹¹ of the studies reviewed (Arens et al., 2011): reporting an anxious temperament and perceived maternal overprotection during adolescence was associated with a 1.7 increased risk of having a BPD diagnosis in young adulthood. However, this interaction could not discriminate between BPD and depressive individuals five years later. Indirect support was also given by other studies included in this review, such as Fletcher et al. (2014) and Joyce et al. (2003), which suggested an interaction between specific parental behaviors and specific strategies of emotion regulation, and between specific parental behaviors and specific temperamental traits respectively in BPD. A recent study by Laporte and colleagues (Laporte et al., 2011; Laporte et al., 2012) also underlined the important role of temperamental traits in the development of BPD, those traits being the main difference between BPD probands and their sisters free of psychopathology, who both reported similar relationships with their parents. Likewise, studies focusing on the perspective of

¹¹ It is important to note that two studies (Robertson, Kimbrel, & Nelson-Gray, 2013; Sauer & Baer, 2010) which tested and validated Linehan's theory were not included in the present review, since they recruited participants with BPD symptoms instead of BPD diagnosis.

parents of BPD probands reported that both a child's difficult temperament (i.e., unusual sensitivity, moodiness) and a conflictual PCR were significant predictors of BPD diagnosis (Goodman et al., 2013; Goodman et al., 2010).

Finally, the mentalization deficit theory (Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2003), which states that BPD patients would present marked impairments in the ability to think about mental states in themselves and others in emotionally intense relationships contexts, was also explicitly tested in only one of the studies reviewed (Ghiassi et al., 2010). Although BPD participants did not have poorer mentalizing abilities compared to NC, significant negative correlations were found in BPD between mentalizing abilities and maternal overprotection, lack of emotional availability and rejection. Ghiassi et al. (2010) therefore concluded that "the quality of parental care during early childhood plays a role in the development of mentalizing skills in BPD" (p. 657).

In sum, findings of the present review explicitly highlight the various ways the PCR can be adversely experienced by BPD probands and their parents. Indeed, the etiological models reviewed in this section refer to diverse manifestations of relational adversity experienced in the PCR, as indicated by the significant associations between BPD and the PCR variables reviewed. However, relational adversity per se appears to be insufficiently specific for the understanding of BPD development. Etiological models of BPD should consider parental inconsistency as a potential specific risk factor for BPD. This concept was defined by Allen and Farmer (1996) as an alternation between parental overinvolvement and underinvolvement, which would continue to occur once the BPD child becomes an adult and would trigger self-destructive behavior. Taking into account the various facets of PCR associated with BPD in the studies reviewed, it appears that

each polarity of parental inconsistency could take several forms: the overinvolvement could comprise either parental overprotection, hostile control or even marked abusive behaviors, while the underinvolvement could include parental passivity, emotional withdrawal, overt rejection or various other marked neglectful behaviors. An expanded concept of parental inconsistency could thus successfully encompass both overprotection and neglect/deprivation hypotheses and represent a parsimonious proposal for describing the relational familial adversity experienced by BPD patients.

4.2 Theoretical and Clinical Implications

The findings reviewed above have various theoretical implications. First, there seems to be specific and non-specific factors associated with the risk for BPD. On the one hand, ratings of parental care and overprotection might be associated with psychopathology severity and represent a general risk factor for psychopathology, instead of being specific relationship factors leading to BPD. The many reviewed studies which measured these two variables reported findings in line with the concept of multifinality (Cicchetti & Rogosch, 1996): participants with various mental disorders frequently reported similar ratings of low parental care and high parental overprotection. On the other hand, parental inconsistency appears to be a specific risk factor for BPD. As discussed in sections 4.1.2 and 4.1.3, this particular aspect of the PCR was previously identified as being characteristic of mothers with BPD (Stepp et al., 2012) and as a trigger of self-destructive behavior in BPD (Allen & Farmer, 1996). Further studies are however necessary to confirm this possible specific factor.

Second, findings of this review are at least partially in line with contemporary theories which posit a gene-environment interaction in the development of BPD (i.e., Fonagy et al., 2003; Hughes et al., 2012; Linehan, 1993). More specifically, this systematic review mainly highlights, by choice, the relational adversity experienced by BPD probands and their parents in the PCR. Additionally, studies which measured the perspective of parents and family showed the intervention of some temperamental traits, such as emotion dysregulation and impulsivity, in the etiology of BPD. Laporte and colleagues' papers (Laporte et al., 2011; Laporte et al., 2012) showed very clearly that both biological (i.e. temperamental traits) and social (i.e., familial environment perceived as abusive and uncaring) factors were necessary for a young woman to develop BPD and that these factors interacted with each other. These results are also in line with familial and twin studies, which taken together, suggest that the heritability for BPD is approximately 40% (for a systematic review, see Amad, Ramoz, Thomas, Jardri, & Gorwood, 2014). Amad et al. (2014) proposed a paradigmatic shift, where genes would be understood as influencing personal reactivity to one's environment, good or bad, (i.e., "plasticity genes") instead of making one vulnerable only to negative outcomes ("vulnerability genes"). This interesting hypothesis gives hope regarding help that might be provided to persons with plasticity genes, who may then react significantly more positively to adequate parental care. This hypothesis is also in line with ideas from research on resilience and differential susceptibility theory (Rutter, 2012).

As for clinical implications, the main findings of this review highlight the relational adversity experienced by BPD participants and their parents in the PCR. This relational adversity took several forms (low care, high overprotection, inconsistency,

abuse, neglect). A first clinical implication resides in prevention, such as the fostering of preventive parental coaching. Parents of high-risk children (i.e., with a marked emotional vulnerability) should be provided professional help fostering positive PCR. More specifically, these parents should be actively coached and reinforced in enacting caring, autonomy-supportive and coherent behaviors toward their child; psychoeducation about emotion regulation and ways to help their child self-regulate should also be provided (see Stepp et al., 2012, for a detailed discussion of such intervention targets).

Second, findings from many studies reviewed above suggest that verbal abuse characterizes interactions between preborderline adolescents and their parents, as both dyad members have described each other as verbally abusive. This is to us a robust finding which clinicians might find useful to keep in mind when treating either member of the parent-child dyad. Professional intervention could be aimed at improving verbal communication between adolescents with BPD symptoms and their parents and could therefore contribute to minimize the detrimental effects of verbal abuse on self-esteem. The gradual deterioration of the parent-adolescent relationship could also be slowed down and even stopped given professional help is offered.

A third clinical implication of this systematic review is the importance of subjective reality. Simply put, one of the most frequently reproduced results across all reviewed studies was that BPD daughters reported having lacked parental positive attention and love, while their parents did not describe their behaviors in such extreme terms. As mentioned earlier, this marked disagreement remains to be clarified. Studies on parental abuse and neglect indicated similarly that the types of parental neglect which discriminated BPD from participants with OPD all referred to the parental inability in

meeting their child's emotional needs, but not physical needs. Clinicians should always keep in mind this perceived lack of parental love in BPD patients and reflect on its impact in the therapeutic relation. Frequent reactions of clinicians working with BPD patients, such as an alternating desire to both save and reject the patient, could easily be explained by this perceived lack of parental love, which could be reenacted in the therapeutic relationship.

A fourth clinical implication of this review is the suggestion that a “corrective emotional-relational experience” should be necessary in order to improve these patients’ global functioning and symptomatology by modifying the internalized past relational adversity which is reenacted with actual significant others. Since relational adversity experienced by BPD patients can take several forms, such corrective emotional-relational experience implies non specific factors and can be provided through different techniques and theoretical principles. The non specificity of this corrective experience is also reflected by the fact that many therapeutic models (transference-focused therapy, mentalization-based therapy, dialectical behavioral therapy, etc.) with different relational positions have been validated for effectively treating BPD (see Cristea et al., 2017, for a recent meta-analysis). Moreover, findings of this systematic review are in line with actual treatment recommendations for BPD, which point to psychotherapy as primary treatment (a relational mode of intervention that is) and pharmacotherapy as an adjunctive time-limited treatment for specific symptoms (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Paris, 2009). Many recent papers on the treatment of BPD (Livesley, 2012; McMain, Boritz, & Leybman, 2015; Paris, 2015) propose that such treatment be based on common factors

instead of specific theories and techniques, one of those common factors being a strong alliance between BPD patients and their therapist.

4.3 Strengths and Limitations of the Present Review

A major strength of this review on PCR in BPD is that a systematic methodology was applied. All titles and abstracts were reviewed and sorted independently by two researchers and any discrepancies in the sorting process were discussed and resolved. Moreover, this review's focus on the PCR in BPD is innovative and makes it possible to shed light on contemporary etiological theories of BPD. Additionally, the 33 perspective of BPD probands studies were realized in eleven different countries and yet frequently reached similar conclusions. Results pertaining to BPD probands' perception can therefore be generalized to numerous industrialized countries. However, perspective of parents of BPD participants and perspective of family studies were a lot less numerous and took place only in Canada and the United States of America.

Furthermore, the fact that most of the results reviewed were based on retrospective self-reports of BPD patients should not be seen as a major shortcoming of this systematic review. Even if some authors have criticized the existence of a retrospective bias of current symptoms, several studies have demonstrated that retrospective self-reports of PCR are relatively stable over time and independent of mood variations (for a review, see Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993), as much in depressive adult inpatients (Richter & Eisemann, 2000) as in adolescents from the community (Asselmann, Knappe, Wittchen, Lieb, & Beesdo-Baum, 2015). Brewin et al. (1993) also concluded that "patients' memories are in as much agreement with external criteria as are controls', whether the criteria be siblings'

memories or independent records” (p. 91). These results are in line with the ones from Laporte and colleagues’ study (2011, 2012), where BPD patients and their sisters free of psychopathology reported similar ratings of parental care and control. However, other studies demonstrated a small but significant impact of depressive mood on retrospective self-reports of PCR (i.e., Gillham, Putter, & Kash, 2007). In brief, retrospective self-reports of PCR can be considered as carrying some validity: small variations over time can be observed on PCR questionnaires such as the PBI and the EMBU, but scores still remain globally stable and do not change as much as the patients’ symptoms do. PCR retrospective reports therefore appear to have to a “stable core”. For example, patients who reported an abusive or overprotective PCR at one point in time might reinterpret and modify slightly their report over time, but not to the extent of describing their parents as non abusive or supporting their autonomy as children.

Another reason for which one could question the validity of PCR retrospective self-reports is the fact that Zweig-Frank and Paris (2002) reported PBI scores of older BPD patients (i.e., $M = 50.9$ years, $SD = 7.6$) significantly higher for parental care and lower for parental overprotection than those of all other reviewed studies, where participants’ mean ages spanned between 20 and 35 years. Those contrasted results could be explained by the possible idealization of deceased parents, demonstrated by Richter, Eisemann, Richter, and Perris (1992). It is quite probable that many participants in Zweig-Frank and Paris’s study (2002) had a least one parent deceased when they filled out the PBI. Moreover, Zweig-Frank and Paris did not measure PBI ratings at an earlier point and therefore one cannot know what the perception of those participants was of their PCR when they were 20 or 30 years old. Other biases could have affected Zweig-Frank and

Paris' longitudinal study: the remaining participants who filled out the PBI could have had initially better relationships with their parents compared to participants who did not complete the 27-year follow-up. Similarly, these remaining participants could have concretely improved their relationships with their parents over the long course of the study. In brief, very little evidence suggests that age could affect systematically PCR retrospective self-reports.

Several limitations can be identified due to the many exclusion criteria defined earlier. Thus, many relevant studies were excluded due to their dimensional evaluation of BPD. Likewise, cross-sectional studies on children or adolescents with BPD and all studies on mothers with BPD and their own children were excluded. Results of the present review can therefore only be generalized to the relationship between adults/late adolescents with BPD (evaluated categorically) and their parents. Additionally, some results were reported by a single study only: these results should therefore be interpreted with great caution.

A final limitation is the heterogeneity of the variables measured, of the instruments used and of the perspectives taken by the studies reviewed. Some contradictory findings also make it difficult to integrate the results into a general model. More specifically, mothers and fathers reported similar ratings of maternal care compared to parents of AN and NC daughters, while BPD daughters reported levels of maternal care significantly lower than those of daughters of various other clinical groups and than their own parents. This parent-daughter disagreement over parental care in BPD families seemed to be only about maternal care, since parents of BPD daughters reported lower paternal care compared to parents of other types of families. Another contradictory result regarding

maternal care was found in studies comparing BPD probands' perception to their non-BPD sisters'. Higher maternal care was reported on the PBI by BPD probands compared to their sisters: this is quite surprising considering BPD probands consistently reported lower maternal care compared to NC in perspective of BPD probands studies. On another questionnaire, similar relationships with parents were reported by both groups of sisters. In summary, taking the reviewed findings as a whole, it is difficult to describe the PCR globally and coherently. The exact parent-child dynamic involving parental care remains unclear, which could be explained by the fact that very few studies measured simultaneously the perspective of both BPD probands and their parents.

4.4 Quality Assessment of Included Studies

More than half of the reviewed studies used validated instruments, such as the PBI and the EMBU, which is certainly a methodological strength. However, only two of the studies included had a longitudinal design. Consequently, very little is known about the predictive power of PCR in the later development of BPD. Being based on almost exclusively cross-sectional studies using adult samples, the present review can only confidently report on a significant contemporary relationship between those two variables. Finally, five family-perspective studies were reviewed and it is quite possible that only family members who still had regular contact or at least who had not completely broken off all ties with one another accepted to participate. Consequently, results of those studies cannot in all likelihood be generalized to all BPD families.

4.5 Recommendations for Future Research:

First, as suggested by Brewin et al. (1993), we recommend that future studies on PCR in BPD include multiple informants. The richness of this methodology has been demonstrated in earlier sections of this review and recruiting only one member of the parent-child dyad can be justified only in dyads where one member has broken all ties with the other. New studies including the perspective of family members are necessary to obtain a more global picture of the PCR. Qualitative research could be especially useful to gather a detailed description of the subjective experience of each member of the parent-child dyad using the participants' own words instead of predefined concepts. Such studies would allow comparisons between the child's perception and the parent's perception and help determine the similarities and differences between their subjective experiences.

Second, more studies on PCR in men with BPD are needed, all the more so as prevalence studies in large community-drawn samples revealed that BPD was diagnosed as frequently in males as in females (Grant et al., 2008; Zanarini et al., 2011). The few included studies with an all-male sample suggested that there could be specific aspects of PCR in men with BPD, such as an abusive father-child relationship, and developmental factors different from women with BPD, such as excessive anxiety separation in infancy and toddlerhood.

Third, there is an important need for more longitudinal studies in order to define more clearly the predictive role of specific aspects of PCR in the later development of BPD in adulthood. Longitudinal studies on high-risk samples (i.e., Stepp, Scott, Jones, Whalen, & Hipwell, 2016) and on a birth cohort of twins (Belsky et al., 2012) followed from childhood to adolescence have already been published, but these samples need to be

followed past adolescence to verify which participants develop BPD and which participants do not, or develop other mental disorders and which specific factors are related to those diverse trajectories. Also, in line with the concept of subjective reality, being able to compare measures of PCR collected in childhood to the same measures collected retrospectively in adulthood would be very interesting and informative. Finally, longitudinal studies could provide insight regarding the specific predictive role of parental inconsistency in the risk for BPD.

References

- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10673220490447218>
- *Allen, D. M., Abramson, H., Whitson, S., Al-Taher, M., Morgan, S., Veneracion-Yumul, A., . . . Mason, M. (2005). Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 340-352. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.01.003>
- Allen, D. M., & Farmer, R. G. (1996). Family relationships of adults with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 43-51.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19. doi: [10.1016/j.neubiorev.2014.01.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003)
- *Arens, E. A., Grabe, H. J., Spitzer, C., & Barnow, S. (2011). Testing the biosocial model of borderline personality disorder: Results of a prospective 5-year longitudinal study. *Personality and Mental Health*, 5(1), 29-42. doi: [10.1002/pmh.143](http://dx.doi.org/10.1002/pmh.143)

- Asselmann, E., Knappe, S., Wittchen, H. U., Lieb, R., & Beesdo-Baum, K. (2015). Stability of recalled parental rearing behavior in a community sample of adolescents and young adults. *Journal of Research on Adolescence*, 25(4), 614-621. doi: 10.1111/jora.12158
- *Baker, L., Silk, K. R., Westen, D., Nigg, J. T., & Lohr, N. E. (1992). Malevolence, splitting, and parental ratings by borderlines. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(4), 258-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199204000-00008>
- *Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134(2), 169-179. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5(1), 64-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1461673031000078634>
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2814%2961394-5>
- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., . . . Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and*

Psychopathology, 24(1), 251-265. doi:

<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579411000812>

*Bezirgianian, S., Cohen, P., & Brook, J. S. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1836-1842.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.82>

*Byrne, C., Velamoor, V., Cernovsky, Z., Cortese, L., & et al. (1990). A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 35(7), 590-595.

Choi-Kain, L. W., Fitzmaurice, G. M., Zanarini, M. C., Laverdiere, O., & Gunderson, J. G. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 816-821. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181bea56e>

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007318>

Cole, P. M., Llera, S. J., & Pemberton, C. K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality.

Development and Psychopathology, 21(4), 1293-1310. doi:

<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990162>

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017).

Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4): 319–328. doi:

<https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>

*Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood

antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *The*

Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 42(1), 63-69.

*Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., & McClure, G. (2014). Emotion

regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder:

Differences and relationships with perceived parental style. *Journal of Affective Disorders*, 157, 52-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.001>

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the

understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. doi:

<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990198>

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The

developmental roots of borderline personality disorder in early attachment

relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07351692309349042>

- *Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001).
Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality
disorder. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 390-402. doi:
<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.15.5.390.19197>
- *Frank, H., & Hoffman, N. (1986). Borderline empathy: an empirical investigation.
Comprehensive Psychiatry, 27(4), 387-395.
- *Frank, H., & Paris, J. (1981). Recollections of family experience in borderline patients.
Archives of General Psychiatry, 38(9), 1031-1034.
- Gagnon, P. (1993). The role of the family in the development of borderline personality
disorder (BPD). *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de
psychiatrie*, 38(9), 611-616.
- *Ghiassi, V., Dimaggio, G., & Brune, M. (2010). Dysfunctions in understanding other
minds in borderline personality disorder: A study using cartoon picture stories.
Psychotherapy Research, 20(6), 657-667. doi:
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.501040>
- Gillham, J. E., Putter, P., & Kash, V. M. (2007). The effects of sad mood on reports of
parents' caregiving behaviors. 29, 125-133. doi: 10.1007/s10862-006-9031-z
- *Goldberg, R. L., Mann, L. S., Wise, T. N., & Segall, E. A. (1985). Parental qualities as
perceived by borderline personality disorders. *Hillside Journal of Clinical
Psychiatry*, 7(2), 134-140.
- *Goodman, M., Patel, U., Oakes, A., Matho, A., & Triebwasser, J. (2013).
Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *Journal of*

Personality Disorders, 27(6), 764-782. doi:

http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2013_27_111

*Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Diamond, E., Hiller, A., Hoffman, P., . . .

New, A. (2010). Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 24(2), 204-216.

doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2010.24.2.204>

Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 32(6), 337-345.

Grant, B. F., Chou, S., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV

borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>

Graybar, S. R., & Boutilier, L. R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 152-162. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.152>

Gunderson, J. G., & Englund, D. W. (1981). Characterizing the families of borderlines. A review of the literature. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 159-168.

Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>

- *Gunderson, J. G., & Lyoo, I. K. (1997). Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 272-278. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/10673229709030553>
- Guntrip, H. (1968). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Oxford, England: International Universities Press.
- *Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, 39(3), 345-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39306.x>
- *Guttman, H. A., & Laporte, L. (2002). Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24(3), 505-521. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1019871417951>
- *Hayashi, N., Suzuki, R., & Yamamoto, N. (1995). Parental perceptions of borderline personality disorders in video-recorded interviews. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 49(1), 35-37.
- *Heffernan, K., & Cloitre, M. (2000). A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: Etiological and clinical characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(9), 589-595. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200009000-00005>
- *Helgeland, M. I., & Torgersen, S. (1997). Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(1), 39-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9450.00007>

- *Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutierrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.727>
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2), 181-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- *Huang, J., Napolitano, L. A., Wu, J., Yang, Y., Xi, Y., Li, Y., & Li, K. (2014). Childhood experiences of parental rearing patterns reported by Chinese patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, 49(1), 38-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ijop.12007>
- Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L., & Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 21-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9555-x>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579-587. doi: [10.1001/archpsyc.63.5.579](http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579)
- *Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Cloninger, C. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality

- disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 756-764.
doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2003.01263.x>
- *Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 258-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000158362.16452.2e>
- Keinanen, M. T., Johnson, J. G., Richards, E. S., & Courtney, E. A. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(1), 65-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02668734.2011.652659>
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/000306516701500309>
- *Laporte, L., & Guttman, H. (2007). Recollections of parental bonding among women with borderline personality disorder as compared with women with anorexia nervosa and a control group. *Australian Journal of Psychology*, 59(3), 132-139.
- *Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., & Russell, J. (2011). Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 448-462. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.448>
- *Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., Russell, J., & Correa, J. A. (2012). Using a sibling design to compare childhood adversities in female patients with BPD and their

- sisters. *Child Maltreatment*, 17(4), 318-329. doi:
<http://dx.doi.org/10.1177/1077559512461173>
- Levy, D. (1943). *Maternal overprotection*. New York: Columbia University Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Livesley, W. (2012). Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: The importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(1), 47-74. doi:
<http://dx.doi.org/10.1521/pdps.2012.40.1.47>
- *Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, 42(4), 265-273. doi:
<http://dx.doi.org/10.1080/00207590601109276>
- Madeddu, F., Visintini, R., Fossati, A., & Maffei, C. (1991). Borderline personality and family factors: An overview of empirical literature. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 7(4), 151-168.
- Masten, A. S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 47-54. doi:
<http://dx.doi.org/10.1177/0165025406059974>
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(2), 163-177.

- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038768>
- Melges, F. T., & Swartz, M. S. (1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(9), 1115-1120.
- *Merza, K., Papp, G., & Szabó, I. K. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry*, 29(2), 105-118.
- Paris, J. (1996). Traumatisme et trouble de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 177-187. doi: 10.7202/032386ar
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457>
- Paris, J. (2015). Applying the principles of psychotherapy integration to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 13-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038767>
- *Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, H. (1993). The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 410-413. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X%2893%2990067-E>

- *Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994a). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 301-305. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X%2894%2990023-X>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- *Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994b). Risk factors for borderline personality in male outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(7), 375-380. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199407000-00002>
- Richter, J., & Eisemann, M. (2000). Stability of memories of parental rearing among psychiatric inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(4), 256-261. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879%28200010%297:4%3C256::AID-CPP256%3E3.0.CO;2-1>
- Richter, J., Eisemann, M., Richter, G., & Perris, C. (1992). Determinants of recall of parental rearing behavior: The influence of age or loss of parents by separation or death. *Psychopathology*, 25(3), 120-127. doi: 10.1159/000284762
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124(1), 22-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.22>
- Robertson, C. D., Kimbrel, N. A., & Nelson-Gray, R. O. (2013). The Invalidating Childhood Environment Scale(ICES): Psychometric properties and relationship to borderline personality symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 402-410. doi: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2012_26_062

- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028
- Rutter, M., & Sroufe, L. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400003023>
- Sabo, A. N. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 50-70.
- Sauer, S. E., & Baer, R. A. (2010). Validation of measures of biosocial precursors to borderline personality disorder: Childhood emotional vulnerability and environmental invalidation. *Assessment*, 17(4), 454-466. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1073191110373226>
- *Schwarze, C. E., Hellhammer, D. H., Stroehle, V., Lieb, K., & Mobascher, A. (2015). Lack of breastfeeding: A potential risk factor in the multifactorial genesis of borderline personality disorder and impaired maternal bonding. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 610-626. doi: 10.1521/pedi_2014_28_160
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387-398. doi: 10.1037/abn0000033
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Jones, N. P., Whalen, D. J., & Hipwell, A. E. (2016). Negative emotional reactivity as a marker of vulnerability in the development of

- borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 28(1), 213-224. doi: 10.1017/S0954579415000395
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023081>
- *Timmerman, I. G., & Emmelkamp, P. M. (2005). Parental rearing styles and personality disorders in prisoners and forensic patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(3), 191-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.449>
- *Torgersen, S., & Alnaes, R. (1992). Differential perception of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 34-38. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X\(92\)90076-3](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X(92)90076-3)
- Walsh, F. (1977). Family study 1976: 14 borderline cases. In R. R. Grinker, Sr. & B. Werble (Eds.), *The borderline patient* (pp. 158-177). New York: Aronson.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101.
- *Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 264-273. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.264>

- *Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 18-25.
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,300 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607-619. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>
- *Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R., Vera, S. C., Marino, M. F., . . . Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.
- *Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 148(5), 648-651.
- *Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 103-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2002.30804>

Tableau I. Characteristics of Perspective of BPD Probands Studies

Authors (year) Country	Study design	BPD Evaluation Procedure	<i>N</i>	Age range/Age mean (SD), % of women	Measures of parent- child relationship, related section of results
Allen et al. (2005) USA	Cross-sectional	SCID-II	40 BPD OUT 10 ST-BPD OUT 24 PC OUT 19 NC	Total sample: 23-48 years, 69.5%	Family Interaction Measure
Arens, Grabe, Spitzer & Barnow (2011) Germany	Longitudinal (5- year follow-up)	SCID-II	17 BPD C-D 17 DEP C-D 34 NC	Total sample T0 : 15.3 yrs (2.2) T1 : 19.6 yrs (2.4)	EMBU (T0)

Baker, Silk, Westen, Cross-sectional	DIB	31 BPD IN	BPD: 30.4 yrs (8.0),	Adjective Check List
Nigg & Lohr (1992)		15 MDD IN	87.1%	
USA		14 NC	MDD: 40.7 yrs (9.4),	
			60.0%	
			NC: 37.8 yrs (11.1),	
			64.3%	
Bandelow, Krause, Cross-sectional	SCID-II	66 BPD OUT	-BPD: 30.2 yrs (9.4),	Standardized
Wedekind, Broocks,		109 NC	71.2%	questionnaire of 203
Hajak & Ruther (2005)			-NC: 32.3 yrs (6.6),	items evaluating 4
Germany			60.6%	domains, one of them
				being parental
				attitudes

Byrne, Velamoor, Cross-sectional	DSM-III criteria-	15 BPD IN and	BPD: 24.6 yrs (N/A),	-PBI
Cernovsky, Cortese &	based diagnosis	OUT	86.7%	-Childhood Life
Losztyn (1990)	made by two	14 SZ IN and OUT	SZ: 25.9 yrs (3.3), 71.4%	Events and Family
Canada	psychiatrists and	873 NC		Characteristics
	one resident			Questionnaire
Dubo, Zanarini, Lewis Cross-sectional	DIB-R	42 BPD IN	BPD: 18-60 yrs, 71.4%	Childhood
& Williams, 1997	DIPD-R	17 OPD IN	OPD: 20-57 yrs, 58.8%	Experiences
USA				Questionnaire
Fletcher, Parker, Bayes, Cross-sectional	DIPD-IV	22 BPD OUT and	BPD: 36.7 yrs (N/A),	Measure of Parental
Paterson & McClure		C-D	87,5%	Style
(2014)		22 BiD-II OUT	BiD-II: 32.8 yrs (N/A),	
Australia		and C-D	50%	

Fossati, Donati, Donini, Novella, Bagnato & Maffei (2001)	Cross-sectional	SCID-II	44 BPD IN and OUT 98 CB IN and OUT 39 CAC IN and OUT 70 NoPD IN and OUT 206 NC	BPD: 27.6 yrs (7.2), PBI 56.8% CB: 30.4 yrs (8.7), 54.1% CAC: 31.0 yrs (8.6), 64.1% NoPD: 30.8 yrs (8.7), 75.7% NC : 24.4 yrs (8.8), 82.0%		
Frank & Hoffman (1986)	Cross-sectional	DIB-2	10 BPD OUT 14 NEU OUT	BPD : 23-33 yrs, 100% NEU: 21-28 yrs, 100%	Parent Activity Inventory	
Ghiassi, Dimaggio & Brune (2010)	Cross-sectional	SCID-II	50 BPD IN 20 NC	BPD: 26.2 yrs (6.6), 92% NC: 26.0 yrs (4.2), 65%	German translation of EMBU	

Germany								
Goldberg, Mann, Wise & Segall (1985)	Cross-sectional	DSM-III diagnosis	24 BPD IN	BPD: 24.9 yrs (6.0), N/A PBI				
USA			22 PC IN	PC: 34.4 yrs (12.7), N/A				
			10 NC	NC: 28.4 yrs (8.4), N/A				
Guttman & Laporte (2002)	Cross-sectional	DIB-R	21 BPD OUT	Total sample: 16-40 yrs, PBI				
			23 AN OUT	100%				
Canada			25 NC					
Hayashi, Suzuki & Yamamoto (1995)	Cross-sectional	DSM-III criteria-based evaluation by psychiatrist	R 13 BPD IN	BPD: 27 yrs (6.4), 77% Semi-structured				
Japan			13 PC IN	PC: 30.0 yrs (8.4), 85% video-recorded				
				interview about the experience of the parent-child relationship				

Heffernan and Cloitre (2000)	Cross-sectional	SCID-II	26 BPD+PTSD C-D	Total sample: 37.3 yrs (11 yrs)	Child Maltreatment Interview Schedule
USA			45 PTSD C-D	100%	
Helgeland & Torgersen (1997)	Cross-sectional	SCID-II	14 BPD IN	BPD: 30.9 yrs (N/A), 79%	PBI
Norway			19 SZ IN		
			15 NC	SZ: 27.9 yrs (N/A), 27%	
				NC: 26 yrs (N/A), 47%	
Hernandez, Arntz, Gaviria, Labad & Gutierrez-Zotes (2012)	Cross-sectional	SCID-II	32 BPD IN and OUT	Total sample : 38.8 yrs (10.7), 100%	PBI
Spain		DIB-R	33 OPD IN and OUT		
			34 NoPD IN and OUT		

Huang, Napolitano, Cross-sectional	MSI-BPD	152 BPD OUT	Total sample: 28.4 yrs	EMBU
Wu, Yang, Xi, Li, & Li	SCID-II	79 OPD OUT	(9.1), 59.1%	
(2014)		55 NoPD OUT		
China				
Joyce et al., (2003)	Cross-sectional	SCID-II	30 BPD OUT	Total sample: 18-35 yrs, PBI (mother and
USA			43 AvPD OUT	58.9% father combined score)
Katerndahl, Burge & Cross-sectional	SCID-II	27 BPD OUT	Total sample: 28.7 yrs	PBI
Kellogg (2005)		43 PC OUT	(7.0),	
USA		22 NC	100%	
Laporte & Guttman Cross-sectional	DIB-R	35 BPD OUT	Total sample: 16-40 yrs, PBI	(3-factor
(2007)		34 AN OUT	100%	structure)
Canada		33 NC		

Machizawa-Summers (2007) Japan	Cross-sectional	-DSM-IV-TR criteria-based diagnosis by psychiatrist -BSI	45 BPD OUT 45 NoPD OUT	BPD: 28.5 yrs (6.5), PBI 100% PC: 32.9 yrs (7.6), 100%
Merza, Papp & Szabó (2015) Hungary	Cross-sectional	SCID-II	80 BPD IN 73 MDD IN 51 NC	BPD: 30.5 yrs (10.9), Traumatic Antecedents 85% MDD: 44.3 yrs (5.9), Questionnaire 82.2% NC: 33.6 yrs (8.7), 86,3%
Paris, Zweig-Frank & Guzder (1993) Canada	Cross-sectional	DIB-R	13 BPD-Life OUT 26 BPD OUT	BPD-Life: 34.9 yrs, PBI 100% BPD: 37.7 yrs, 100%

Paris, Zweig-Frank & Guzder (1994a)	Cross-sectional	DIB-R	78 BPD OUT	BPD: 28.3 yrs (6.3), 100%	-PBI
Canada				OPD: 29.7 yrs (7.2), 100%	-Developmental interview, assessing physical abuse by a caretaker during the 16 first years
Paris, Zweig-Frank & Guzder (1994b)	Cross-sectional	DIB-R	61 BPD OUT and C-D	BPD: 30.6 yrs (7.9), 0% OPD: 32.3 yrs (6.5), 0%	-PBI
Canada			60 OPD OUT and C-D		-Developmental interview
Schwarze, Hellhammer, Stroehle, Lieb & Mobascher (2015)	Cross-sectional	SCID-II	100 BPD IN, OUT and C-D	BPD: 31.6 yrs (9.7), 90% NC: 32.0 yrs (10.3), 90%	PBI
			100 NC		

Germany						
Timmerman	&	Cross-sectional	PDQ-R (for Pr	8 BPD FPI	FPI: 35 yrs (11.3), 20-71	PBI
Emmelkamp (2005)			and NC)	39 FPI	yrs, 0%	
Netherlands			IPDE (for FPI)	43 BPD Pr	Pr: 33.8 yrs (8.9), 21-66	
				192 Pr	yrs, 0%	
				22 BPD C-D	195 NC: 43.6 yrs (11.7), 22-	
				NC	65 yrs, 0%.	
Torgersen	&	Alnaes	Cross-sectional	SIPD	19 SZT OUT	Total sample: 18-59 yrs, PBI
(1992)					36 BPD OUT	70%
Norway					165 OPD OUT	
					52 NoPD OUT	

Zanarini et al. (1997)	Cross-sectional	SCID-II	358 BPD OUT	BPD: 27.6 yrs (6.8), Revised Childhood
and		DIB-R	109 OPD OUT	77.1% Experiences
Zanarini et al. (2000a)		DIPB-R		OPD:29.3 yrs (9.1), Questionnaire
USA				56.0%
Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz & Frankenburg (1989)	Cross-sectional	DIPB	50 BPD OUT	BPD: 29.2 yrs (6.4), 66% -Retrospective
		DIB	29 AnPD OUT	AnPD: 25.2 yrs (6.1), Family Pathology
			26 D-OPD OUT	27.6% Questionnaire
USA				D-OPD: 31.3 yrs (7.2), 84.6%
Zweig-Frank & Paris (1991)	Cross-sectional	DIB	62 BPD OUT	BPD: 29.6 yrs (9.6), PBI
			99 PC OUT	54.8%
Canada				PC: 29.3 yrs (8.6), 54.5%

Zweig-Frank & Paris	Longitudinal	DIB,	59 BPD IN and BPD: 50.9 yrs (7.6), 83% PBI
(2002)	(but PBI-related retrospective	OUT	
Canada	results are cross-sectional)	version (based on chart review)	

Note. AN = Anorexia nervosa diagnosis; AvPD = Avoidant personality disorder; BiD-dep = Bipolar disorder – depressed condition; BiD-II = Bipolar II disorder; BPD = Borderline personality disorder; BPD-Life = Participants who met the criteria for lifetime BPD but who no longer had the diagnosis; BPD-NA: Borderline personality disorder with no reported childhood abuse; BPD-PA = Borderline personality disorder with reported parental physical and/or sexual abuse; BSI = Borderline Syndrome Index; CAC = Cluster A or C personality disorder patients; CB = Cluster B personality disorder patients; C-D = community-drawn; D-OPD = Dysthymic participants with other personality disorder; DEP = Depressive disorder; DIB = Diagnostic Interview for Borderline; DIB-2 = Diagnostic Interview for Borderline (second edition); DIB-R = Revised Diagnostic Interview for Borderlines; DIPD = Diagnostic Interview for Personality Disorders; DIPD-R = Revised Diagnostic Interview for Personality Disorders; DIS = Diagnostic Interview Schedule; CSA = Childhood sexual abuse; FPI = Forensic psychiatric inpatients; IN = Inpatients; IPDE = International Personality Disorder Examination; LBSI = Lifetime Borderline Symptom Inventory; LIDR = Linking Interview with Diagnostic Rules Manual; MDD = Major depressive disorder; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory; N/A = non

available information; NC = Normal controls; NEU = Neurotic controls; NEU-PD = Neurotic and other personality disorder controls; NPD = Narcissistic personality disorder; NoPD¹² = Participants with no personality disorder diagnosis ; OPD = Participants with other personality disorders controls; OUT = outpatients; PBI = Parental Bonding Inventory; PC¹= Psychiatric controls; PDQ-R = Personality Disorder Questionnaire – Revised; PIP = Physician Interview Program; Pr = Prisoners; PTSD = Post traumatic stress disorder; SCID-II= Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; SIPD = Structured Interview for DSM-III, axis II personality disorders; ST-BPD = Subthreshold for borderline personality disorder; SZ = Schizophrenia; SZT = Schizotypal personality disorder; UniD = Major depression (unipolar).

¹² As opposed to psychiatric controls, participants with no personality disorders were patients formally evaluated for Axis II diagnoses and who did not receive any personality disorder (PD) diagnosis. Hence, the presence of PD other than BPD was not officially ruled out for psychiatric controls in Goldberg and colleagues (1995) and Zweig-Frank & Paris (1991) studies.

Tableau II. Characteristics of Perspective of Parents of BPD Probands Studies

Authors (year) Country	Study Design	BPD Evaluation Procedure	Selection of clinical groups	<i>N</i>	Age range/Age mean (SD), % of women	Measures of parent-child relationship
Bezirgianian, Cohen & Brook (1993) USA	Longitudinal (2.5 years between <i>T2</i> and <i>T3</i>)	<i>T3</i> : questions of the (then proposed) SCID-II for DSM-III-R	Modified C-D	<i>T3</i> : 57 BPD 66 NPD 41 HPD 70 CD 113 CB 118 CAC	Total sample - <i>T2</i> (<i>N</i> = 778): 13.7 yrs (2.8), 50% - <i>T3</i> (<i>N</i> = 776) : 16.4 yrs (2.8 yrs), 48%	Parent-child scales (<i>T2</i>) interactions

			123 Axis-I			
Goodman et al. (2010)	Cross-sectional USA	-MSI-BPD -Formal BPD diagnosis by a professional at some point in the proband's life	C-D	321 BPD 87 Non-BPD sisters	BPD: 24.0 yrs (8.4), 100% Non-BPD sisters: 21.6 yrs (9.2), 100%	Anonymous Internet survey, consisting of 109 items and covering aspects of the proband's life from pregnancy through young adulthood.
Goodman, Patel, Oakes, Matho & Triebwasser (2013)	Cross-sectional USA	-MSI-BPD -Formal BPD diagnosis by a professional at some point in the proband's life	C-D	97 BPD 166 Non-BPD siblings	BPD: 25.8 yrs (7.3), 0% Non-BPD siblings: 25.7 yrs (8.2), 0%	Anonymous Internet survey, same as Goodman et al. (2010)

Note. Axis-I = Axis-I disorder; BPD = Borderline personality disorder; CAC = Cluster A or C personality disorder patients; CB = Cluster B personality disorder patients; CD = Conduct disorder; C-D = Community-drawn; HPD = Histrionic personality disorder; MSI-BPD = McClean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder; NPD = Narcissistic personality disorder; SCID-II= Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; SIPD = Structured Interview for DSM-III, axis II personality disorders.

Tableau III. Characteristics of Perspective of Family Studies

Authors (year)	Study	BPD	<i>N</i>		Age range/Age mean		Measures of parent-child relationship		
Country	Design	Evaluation Procedure			(SD), % of women				
Gunderson and Lyoo (1997)	Cross-sectional	DIPD	21 families	(BPD IN daughter, mother and father)	20-35 yrs	100%	Dyadic Scale	Relationship	
USA									
Guttman & Laporte (2000)	Cross-sectional	DIB-R	BPD OUT (26 method) or 27 abstract))	(in BPD: 32 yrs (N/A), 100%	16-40 yrs	100%	Family Interview for Protectiveness and Empathy	and	
Canada			AN OUT and C-D (28) NC (27)	AN: 22 yrs (N/A), 100% NC: 21 yrs (N/A), 100%					

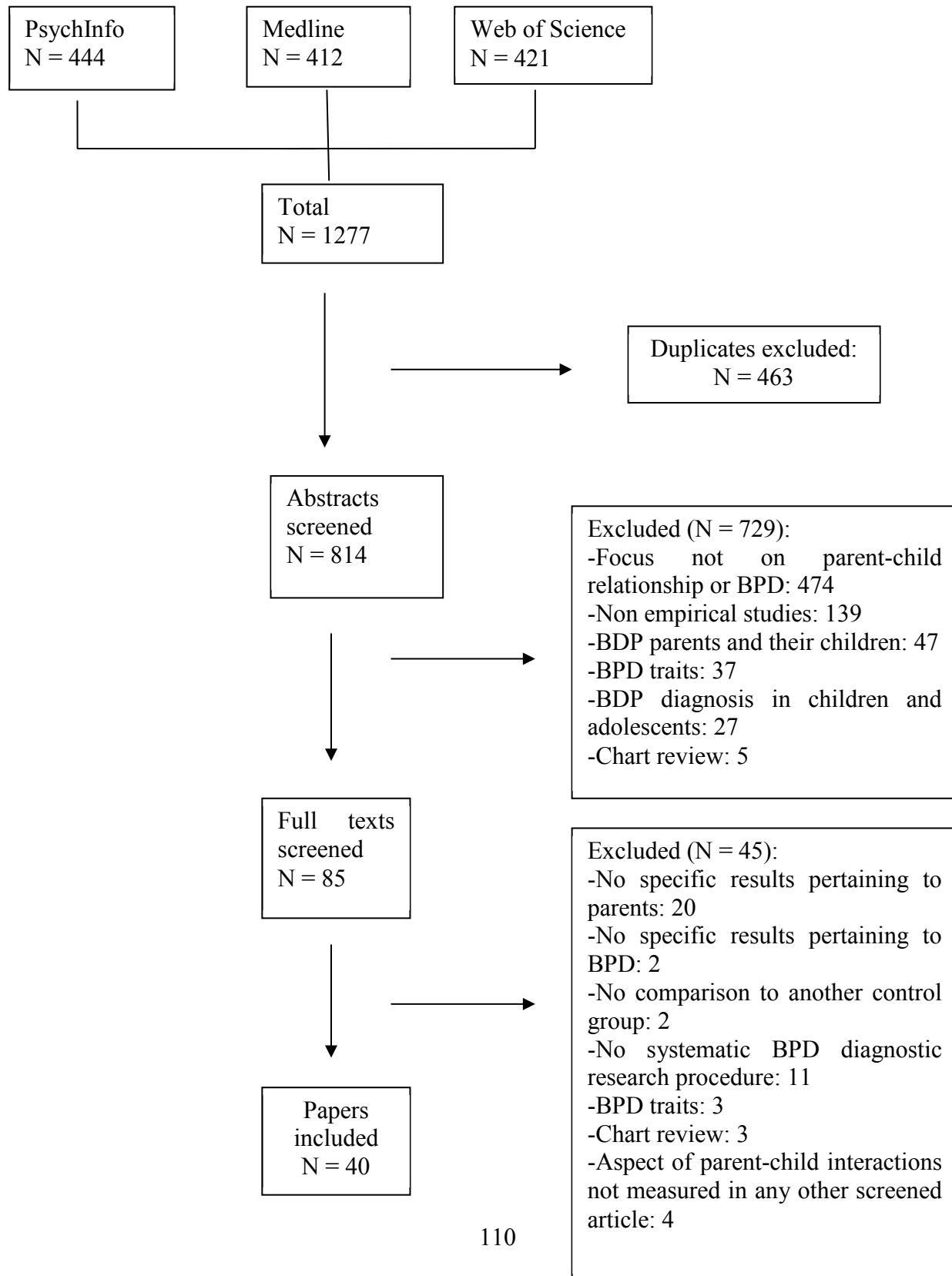
Guttman & Laporte (2002)	Cross-sectional	DIB-R	21 BPD OUT and C-D	Total daughter sample: PBI				
Canada			23 AN OUT and C-D	16-40 yrs, 100%				
			25 NC OUT and C-D					
*also presented in Table 1								
Laporte, Paris, Guttman & Russell (2011)	Cross-sectional	DIB-R	56 BPD OUT-sister dyads	18-45 yrs, 100%	-PBI			
and Laporte, Paris, Guttman, Russell & Correa (2012)		DIPD-IV	-The 2012 paper reported only on the 53 dyads with one sister free of psychopathology		-Sibling Inventory of Differential Experience			
Canada								

Note. AN = Anorexia nervosa diagnosis; BPD = Borderline personality disorder; C-D = Community-drawn; DIB-R = Revised

Diagnostic Interview for Borderlines; DIPD = Diagnostic Interview for Personality Disorders (1987 version); DIPD-IV =

Diagnostic Assessment for Personality Disorders (1996 version); IN = Inpatients; N/A = Non available information; NC = Normal controls; OUT = Outpatients.

Figure 1. Study sorting and selection strategy



Chapitre 3 : Deuxième étude

Experience of the mother-daughter relationship in borderline personality disorder: A qualitative dyadic analysis

Marie-Ève Boucher

Serge Lecours

Deborah Ummel

Contribution des auteurs

Marie-Ève Boucher a élaboré le plan de recherche, collecté, analysé et interprété les données, et a rédigé l'article.

Serge Lecours a élaboré le plan de recherche et révisé le manuscrit.

Deborah Ummel a contribué à l'analyse et l'interprétation des données.

Remerciements

Merci à Valérie Lacasse pour la transcription des 16 entrevues. Merci également aux participantes de nous avoir aussi généreusement partagé leur vécu.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) can be conceptualized as a disorder of interpersonal relations and of representations of self and others. A major factor in the development of the child's representational world, the parent-child relationship (PCR), appears to play a predominant role in the development of BPD. Empirical research on this topic has been mostly quantitative and has almost always relied on the point of view of only one member of the parent-child dyad (the adult child in most cases). A qualitative dyadic method is proposed in order to reconcile contradictory findings and to facilitate the emergence of new perspectives on this relationship. Eight dyads, each consisting of an adult female with BPD and her mother, were recruited through community resources. A standardized evaluation by a trained research assistant was first conducted to confirm the daughter's BPD diagnosis. Each participant was then individually interviewed by the first author about her perception of self, of the other dyad member (ODM), and of her past and actual mother-daughter relationships. Verbatim transcripts were analysed following the interpretative phenomenological analysis (IPA) guidelines. The eight daughters' narratives were generally convergent and depicted the mothers as inherently vulnerable and/or weakened by many hardships encountered over the last decades. As for the mothers' narratives, they could be divided into two types: 1) invalidating and warding off psychological distress and 2) being overwhelmed and giving in to psychological distress. One dyad presented features of both types. A dynamic conceptualization of results is proposed and discussed.

Borderline personality disorder (BPD) is a very painful condition for individuals with this diagnosis (Zanarini & Frankenburg, 2007). The intense dysphoria BPD patients experience could explain why they are important users of mental health services, as they represent a significant proportion of psychiatric inpatients ($R = 31-43\%$) (Grilo et al., 1998; Leontieva & Gregory, 2013). Symptoms specific to this personality disorder include a marked emotion dysregulation, impulsivity and self-damaging behaviors, such as self-mutilation and suicide attempts (APA, 2013).

While BPD is painful for patients themselves, it is also distressing for the people close to them and can therefore be conceptualized as an interpersonal disorder (Benjamin, 1996; Gunderson, 2007). Many studies focused on the experience of relatives of persons with BPD and all supported the idea that those close to them are heavily burdened and distressed by their symptoms (Ek Dahl, Idvall, Samuelsson, & Perseus, 2011; Giffin, 2008; Scheirs & Bok, 2007). Studies on the experience of mental health professionals yielded similar results, with professionals generally reporting negative attitudes towards this group of patients (Cleary, Siegfried, & Walter, 2002) and more intense and hostile counter-transference compared to patients with major depression (McIntyre & Schwartz, 1998). An experimental design recently demonstrated that adding the label “prior BPD diagnosis” to clinical information about a patient evaluated for panic disorder symptoms introduced a negative bias in the clinical judgment of various types of mental health professionals (Lam, Salkovskis, & Hogg, 2016). In short, BPD tends to be negatively experienced by relatives of patients with this diagnosis and triggers intense and negative reactions in professionals treating them.

Many authors have suggested that BPD is characterized by unstable, polarized and unrealistic representations of self and others (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, &

Kernberg, 2007; Fonagy & Luyten, 2009) and that these pathological representations would explain the various emotional and behavioral symptoms associated with this disorder (Bender & Skodol, 2007). Recent empirical studies have supported this theory, with borderline patients having more negatively valenced representations of themselves and others (Beeney, Hallquist, Ellison, & Levy, 2016; Kanske et al., 2016; Zodan, Charnas, & Hilsenroth, 2009). As stated by Clarkin and colleagues (2007), “individuals at the borderline level are under the impact of a distorted internal world of object relations dominated by negative affect” (p. 481).

The PCR undoubtedly plays a significant role in the development of the child’s representational world (Clarkin et al., 2007) and mentalization capacity¹³ (Fonagy & Luyten, 2009). Many other theories about BPD’s etiology have also proposed the parent-child relationship as a central factor in the development of this personality disorder (Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Holmes, 2004; Linehan, 1993; Masterson & Rinsley, 1975). Another important element of these etiological models is the bidirectional influence between children and their parents. Fruzzetti and his colleagues (2005) illustrated especially well this interaction between the child’s emotional vulnerability and parental invalidating reactions, with the former triggering the latter and the latter ending up reinforcing the former.

A recent systematic review reported that among all studies of parent-child relationships in BPD, the great majority of them had only considered the perception of BPD daughters (Boucher et al., 2017). Only a few of the studies reviewed had either focused exclusively on the

¹³ Mentalization has been defined by Fonagy & Luyten (2009) as the ability to think about mental states in oneself and in others.

perception of parents of borderline patients or considered simultaneously both dyad members' perspectives. The few studies which examined the parents' perception had either focused on the mothers' self representation (i.e., Bezirgian, Cohen, & Brook, 1993), or on the parent's representation of their daughter prior to having received a BPD diagnosis (i.e., Goodman et al., 2010), but no study has yet investigated both self representations and representations of the other dyad member simultaneously and for both members of the parent-child dyad. Given these findings and the bidirectional influence described above, a dyadic approach was recommended for future studies (Boucher et al., 2017). This recommendation is also in line with guides for families of BPD patients, which insist on not blaming the patient nor the patient's parents for the development of this personality disorder and rather investigate the bidirectional influences which arise in the PCR (Hooley & Dominak, 2002; Lefley, 2005; Penney & Woodward, 2005). Given the potential usefulness of gathering multiple perspectives for examining a complex interpersonal situation, we chose a dyadic approach for our study of mother-daughter interactions.

In addition to a dyadic approach, we propose a qualitative investigation of adult BPD females and their mothers' perceptions of their past and actual relationships. Our choice of such a qualitative approach is once again based on the results yielded by the systematic review cited above (Boucher et al., 2017). The reviewed studies used questionnaires measuring different aspects of the parent-child relationship and their results were sometimes contradictory and difficult to integrate. Instead of using pre-determined concepts and formulating precise hypotheses regarding our results, we adopted an exploratory qualitative/inductive approach, which made it possible for participants to describe in their own words aspects of the PCR which came to them spontaneously. This holistic vantage point, which does not impose the researchers'

preconceived ideas to the participants, aimed at helping resolve some contradictions noted by Boucher and colleagues (2017) by having a more global view of this complex interaction between a woman with a BPD diagnosis and her mother. Moreover, one consistent result across the few dyadic quantitative studies reviewed in Boucher and colleagues' (2017) systematic review was the divergence of perception between BPD daughters and both parents, which was not found in dyads involving anorectic and normal controls daughters. Our qualitative design gave us access to the spontaneous content of both BPD daughters and their mothers' representations of self and others: we were therefore able to see which specific aspects of the PCR were discussed by both dyad members and therefore central to their experience, and how these commonly addressed representations were discussed in a convergent or divergent way by BPD participants and their mothers.

Our research process was rooted in a constructivist-interpretative paradigm and we followed guidelines from IPA (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Three theoretical underpinnings of IPA have been described by Smith and his colleagues: phenomenology, hermeneutics and idiography. IPA focuses on understanding how a small number of persons experience a particular phenomenon and how these persons make sense of this experience. The concept of hermeneutics refers to the theory of interpretation and doing IPA implies a "double hermeneutics", where the researcher is trying to make sense of the participant's attempt to make sense of his/her own experience. Results are therefore seen as a co-construction of the participants and the researcher. IPA has already been used in various studies on the experience of persons diagnosed with BPD (Briand-Malenfant, Lecours, & Deschenaux, 2012; Brooke & Horn, 2010; Hodgetts, Wright, & Gough, 2007), of professionals treating such patients (Millar, Gillanders, & Saleem, 2012; Rizq, 2012) and of parents of adolescents dealing with diverse

difficulties, such as self-harm (Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008) and complex chronic pain (Jordan, Eccleston, & Osborn, 2007).

The present study will pursue the two following goals:

1) Describe how female adults with BPD and their mothers experience and make sense of their past and actual mother-daughter relationship

2) Describe how each dyad member perceives herself and perceives the ODM.

Method

2.1 Participants

Potential participants were recruited through two community organizations supporting relatives of persons with BPD. An advertisement describing the inclusion criteria and research procedure was posted on the organizations' websites and social media pages. One organization director also sent a letter to all the organization members inviting them to participate to the study. Inclusion criteria were, for daughters, to be at least 18 years old and to have a BPD diagnosis confirmed by our evaluation procedure (see below), and for all participants, to be able to understand and speak French.

The final sample consisted of eight mother-daughter dyads, with all daughters having their BPD diagnosis confirmed through structured evaluation procedures. All participants lived in Montreal's greater metropolitan area and most of them were from the suburbs. Members of three dyads lived together. Mothers had a median age of 56 years old ($R = 45-68$ years) and daughters had a median age of 24.5 years old ($R = 21-40$ years). Four mothers worked full-time, one mother was employed part-time, two were on sick leave and one was retired. Five mothers

were government employees. Two daughters were full-time university students, one daughter worked full-time, one worked part-time, two were looking for work and one was on social welfare. Three mothers had divorced their daughter's father approximately 10 years ago and had been in a relationship with a new partner for about seven years, four mothers had been married to their daughter's father for more than 30 years and one mother had been a widow for 15 years and had remained single. All daughters were single, half of them reported being in a romantic relationship and one of them was herself the mother of a 12-year-old girl. In five out of eight dyads, the participating daughter was the youngest of two or three children. Internal diversification (Pires, 1997), that is recruiting participants with a diversity of characteristics while sharing a common experience, was ensured since we recruited one dyad consisting of an only child and her adoptive mother, and another dyad whose members immigrated to Canada 12 years ago from a European country.

Our sample was also well diversified in terms of the participants' mental health. Half of the mothers reported no mental disorder diagnosis and not taking medication; the other half reported having been diagnosed in the last ten years with one or several anxiety/mood disorders (anxiety, depression, adaptation disorders) and taking each day between one and five types of medication to regulate their mood. One of these mothers was hospitalized for a week in a psychiatric unit seven years before the interview. All mothers except one had already had psychotherapy sessions or support from a social worker for dealing with their daughter's BPD. Five daughters had received their BPD diagnosis in the last 12 months, two had received it ten years earlier as adolescent and one, seven years earlier in her early twenties. Clinical evaluations using the Structural Clinical Interview for DSM-IV, Axis II (SCID-II, see procedure and instruments section below), revealed that four daughters had one or two other personality

disorders concurrent to their BPD: passive-aggressive ($N = 2$), narcissistic ($N = 1$), dependant ($N = 1$), depressive ($N = 1$), avoidant ($N = 1$). One daughter reported marked antisocial personality traits on the SCID-II.

In order to protect the participants' confidentiality, we attributed pseudonyms to each protagonist when reporting excerpts from their transcripts. Members of a dyad received pseudonyms beginning with the same letter to help the reader identify easily which mother was related to which daughter and vice versa (see table 1). Our decision to use pseudonyms instead of codes (such as D1 and M1 for the daughter and mother of the first dyad) was also motivated by the idea of making our reporting of results more lively.

Tableau IV. Table 1 - Pseudonyms given to each participant

Dyad	A	B	C	D	E	F	G	H
Daughter	Amy	Beatrice	Charlotte	Diana	Emily	Florence	Gabriella	Hailey
Mother	Anna	Brenda	Carmen	Denise	Esther	Francine	Gwyneth	Helen

2.2 Procedure and instruments

The research procedure was approved by the University of Montreal's ethical review board. As recommended by Ummel and Achille (2016), all participants were informed that results would be presented in a dyadic manner and that therefore a complete confidentiality could not be ensured. More precisely, participants consented to the fact that if the ODM read a report of the study's results, she might be able to identify excerpts taken from her transcript and consequently identify excerpts from the participant's transcript. Although extremely small, this risk still existed and was explained to all participants.

Once one member of a mother-daughter dyad contacted the first author to participate in the project, the ODM was contacted in order to confirm that she consented to participating as well. Daughters were first appointed to an evaluation meeting with a research assistant who completed the administration of the SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997). When the BPD diagnosis of the daughter was confirmed, the first author contacted each member of the dyad to arrange an individual meeting. This meeting consisted of an in-depth interview and the administration of three questionnaires (socio-demographic and clinical profile, and two other questionnaires which were not used in the current study). The participant was asked to choose a convenient location for practical purposes as well as to make sure she would feel as comfortable as possible when describing her experience. The meeting's location also had to allow for a confidential conversation and an appropriate recording of the interview. Meetings took place at the participant's house ($N = 8$), the research laboratory ($N = 5$), the participant's workplace ($N = 2$) and the community organization's office which helped recruit the participant ($N = 1$). Interviews were transcribed by a research assistant and transcripts were verified once by the first author.

The mean duration of each individual interview was 65 minutes ($R = 36$ -107 minutes). Prior to meeting the participants, the first author elaborated a series of open-ended questions to be asked to participants about the following themes: actual perception of self, actual perception of the ODM, actual and past relationship with the ODM, perceived similarities and differences with the ODM, relationship with siblings/other children, personal theory of BPD (i.e., "how do you explain that you/your daughter developed BPD?"). After meeting with the first two dyads, the interview questions were revised. Since all four participants had spontaneously spoken about

the relationship between the daughter and her father, a question about this theme was added to the interview plan. Interviews were conducted in a flexible manner: the first author tried as much as possible to follow the natural course of the participant's narrative. The interviewer used reflection and clarification strategies to prompt participants to give more details about some themes and to verify that she had well understood what the participant was trying to tell her. The interview plan was reviewed at the end of each interview and questions related to themes which had not yet been covered by the participant were asked.

2.3 Data analysis

The interpretative phenomenological analysis (IPA) (Smith et al., 2009) was used for analyses. This qualitative approach focuses on how participants reflect on and make sense of a specific subjective phenomenon. It also implies for the researcher to interpret data at various levels, from synthesizing the participant's words to questioning them and making inferences: "we are attempting to understand, both in the sense of 'trying to see what it is like for someone' and in the sense of 'analyzing, illuminating and making sense of something' " (Smith et al., 2009, p. 36).

We followed the six general steps of IPA proposed by Smith and colleagues (2009). First, multiple readings of the first participant's transcript were done by the first author in order to immerse herself into the participant's subjective experience. Second, the researcher proceeded with initial noting, which consists in adding comments in the right-hand margin as the transcript was read on the basis of the content discussed (i.e., descriptive comments), the specific use of language (i.e., linguistic comments) or the interrogations the author had and the concepts underlying the discourse (i.e., conceptual comments). Third, emergent themes were

developed and noted in the left-hand margin, which reflected what was important in the initial notation and were “phrases which [spoke] to the psychological essence of the piece and [contained] enough particularity to be grounded and enough abstraction to be conceptual” (Smith et al., 2009, p. 92). Fourth, superordinate themes were defined, which formed clusters of different emergent themes, and a list of the hierarchy of themes elicited for the first participant was made. The fifth step consisted in repeating all the first four steps for all the other participants, while also looking for divergence and convergence with the table of themes of the first participant. Therefore, the recurrence of some themes in the other participants’ transcripts was confirmed while the first author kept an open mind to the emergence of new themes, a process which progressively lead to modify the initial table of themes. Smith and colleagues (2009) suggested that for samples of more than six participants, the analysis may focus on the recurrence on some superordinate themes across all participants. Due to our large sample ($N = 16$), we therefore defined recurrence as the occurrence of a theme in more than half of the participants’ transcripts, that is at least five dyads or nine participants.

In order to ensure credibility, at least two out the eight validation strategies Creswell (2013) suggested were followed. On the one hand, evidence which did not fit with the superordinate themes was reported in the result section: this technique is named *negative case analysis* and helps build a realistic report of data analysis. This technique can be associated with the concept of fairness proposed by Morrow (2005), “that is, representing participant viewpoints equitably and avoiding lopsided interpretations that represent the biases of the researcher or only a few participants” (p. 255). On the other hand, an independent audit was conducted, a technique which is also recommended by Smith and colleagues (2009). This strategy is very different from the interrater reliability as in qualitative research, one strives to report *one* of the possible truths,

not *the* truth. Therefore, “in assessing the product, the auditor examines whether or not the findings, interpretations and conclusions are supported by the data” (Creswell, 2013, p. 252) and evaluates the transparency and systematic aspect of the procedure used by the researcher. Our independent auditor had access to the annotated transcripts, the initial table of theme and its subsequent revisions, reflexives notes of the first author and the final report of results presented in this article.

Results

One of the most recurrent themes across all participants was “the weakened mother”. All daughters except one explicitly described their mother as inherently vulnerable and/or weakened by many hardships, but only four mothers out of eight described themselves as such. On the whole, mothers generally tended to represent themselves in a positive fashion, which we summarized as “the super-working mother”. In short, the majority of mothers reported with pride having been able to be very invested in their children’s education while they were working full-time. However, when the data was considered dyadically, the fragility of the mother was systematically stated by at least one member of each dyad.

A dyadic analysis also revealed that the self perception of the mother could be related to her perception of her daughter, more precisely to how she experienced the development of her daughter’s BPD. On the one hand, the four mothers who did not report any personal issues also reported not having seen coming at all their daughter’s BPD. On the other hand, the other four mothers, who described themselves as vulnerable, concurrently reported that their daughter had been that way since childhood. In the following sections, we will first describe the vulnerability of the mother as perceived by the daughters. Then, we will present two types of narratives related

to the mothers' perception: 1) invalidating and warding off psychological distress and 2) being overwhelmed by and giving in to psychological distress. We will conclude our result presentation with the description of a mother-daughter dyad which presented features of both types of narratives.

3.1 Perception of daughters: the weakened mother, a major common theme

All daughters except one perceived their mother as inherently vulnerable and/or weakened by many hardships. Many daughters ($N = 5$) provided detailed narratives of moments where their mothers had been emotionally dysregulated and had not been able to cope with a situation in an effective way. Two other daughters rather insisted on the difficulty their mothers had in setting limits, thinking about themselves and not letting others walk all over them. Some daughters ($N = 6$) explicitly stated that their mother was “like them” and probably had BPD too, though not officially diagnosed. These daughters also referred to the like perception of some significant other, such as their partner or a family member, who believed as well that their mother had borderline traits.

An important subtheme of the weakened mother could be summarized as follows: “my mother did not have the life she longed for”. Four out of the eight interviewed daughters explicitly described the deep sorrow their mother harbored regarding their own life. Most daughters ($N = 7$) were very conscious of the many hardships their mother had to endure and seemed to “carry” this distress, as Emily said: “*My mother tells me that I carry her distress¹⁴*”.

¹⁴ All excerpts were translated from French to English by the first author and verified by the second author.

The vulnerable character of the mothers appeared not to be obvious at first glance. It is as if underneath their hard work and total investment as mothers, they were in fact suffering secretly.

“I feel that she is unhappy, like not feeling well about something out of which she can’t extract herself and it is also apparent when she is mad, it seems”. (Diana)

“I learned a month and half, two months ago that what I thought was true, that she had never really been happy in her life”. (Beatrice)

Inconsistency, regarding either their emotions and/or the instructions they gave to their children, was a frequent manifestation of the vulnerability of mothers. On one hand, some daughters ($N = 2$) explained that the mood of their mother was unpredictable and how stressful that was for them. Some other daughters ($N = 3$) rather described the hostility their mothers had sometimes expressed at them, which contrasted greatly with the overprotective behaviors these mothers enacted at other moments. Moreover, some daughters ($N = 3$) recalled contradictory instructions their mothers had given them, that is telling their daughters something at one point and saying the complete opposite at another.

Additionally, the vulnerability which daughters perceived in their mothers seemed to be related to two other relational patterns. First, many daughters ($N = 6$) stated that they had played a maternal role toward their mother at some time when their mother was particularly in distress and the daughters had thus taken care of her and/or of their younger siblings. Second, most daughters ($N = 7$) described difficulties in communicating with their mothers, if not a complete inability or refusal to confide in their mothers ($N = 3$).

Florence was the one daughter who had an idealized perception of her mother and who had a very hard time describing her mother in precise and varied terms. However, when she was

asked what resemblances she could find between her mother and herself, Florence answered: *“we are both depressive and borderline (laughs) [...] She is also impulsive like I am [...] we are both taking medication”*. However, Florence later returned to her idealized perception and said among other things *“she is perfect, she is my mother, she’s a mom, listen it’s perfect, of course it’s perfect, in her imperfection she is perfect”*. Moreover, her mother Francine said that

“when it is going well in her life I am happy, maybe that’s why she doesn’t call more often, because she knows that everything gets to me, [...] I think it’s more not to make me sad, so that I don’t worry too much”.

In short, Florence evoked that her mother was vulnerable like she was and Francine described the same relational pattern of protective behavior by her daughter reported in the paragraph above.

3.2 Perception of mothers: two different ways of coping with distress

3.2.1 Type 1: Invalidating and warding off psychological distress (Dyads A, B, D and G)

3.2.1.1 Mothers described themselves as good mothers without any personal issues

Mothers of the first type of narratives all described themselves in a very positive manner: they tended to view themselves as good mothers, who had done everything they could for their children. The majority of them ($N = 3$) insisted on describing all the extracurricular activities their children had done and the implication they had had as mothers in those activities. Anna used the words *“mother hen”* to define herself as a mother and believed she had contributed significantly to her children being now intellectually curious. Brenda on her part talked about her family and *“what we call our Italian family outings, even if we are not of Italian origin”*,

which referred to the fact that her husband, her daughter and she participated to a lot of activities with her brother and her nephews and nieces.

For these mothers, the concept of normality was an important part of their self representation. Three of them explicitly used the word “*normal*” or “*ordinary*” to define themselves at some point during the interview. Gwyneth was the mother who insisted the most on her normality and her family’s and who did this during the first minutes of her interview:

“Me I am a pretty ordinary person, I’ve always worked for the federal government [...] Hmm and uh, without any drama, without any, any problem... yeah that’s it, not any, not any, an ordinary family you see, I wouldn’t say that we are a dysfunctional family or anything, only the big events in our lives, it’s been the [various moves they made because of her husband’s work]”

The fact that she used so many negation words (“*without*”, “*any*”, “*not*”) can be seen as an indicator of the discomfort she seemed to experience when faced with psychological distress and how she consequently tended to ward it off. Inferred in her utterances was also the importance of not being judged negatively and of making a positive impression on the interviewer. This fear of being judged was found as well in the transcripts of two other mothers, who talked about the impossibility of speaking to other people about what a parent experiences due their child’s mental disorder. As Denise said, “*when Diana was sick, I tended to keep to myself [...] I didn’t necessarily want to share what I was living with everybody*”.

When these mothers addressed subjects which had been painful to them, they did it in an externalizing way that is, by attributing their suffering to exterior events and not making it a part of their identity. When she mentioned she had had an anxiety disorder for a few years, Brenda linked her diagnosis to her premenopausal period and to various family events (her

mother's cancer and death, her father's death). Denise on her part attributed her anger to her daughter's behavior, as she told her daughter once: *"you push me to the limit, the limit, the limit, until I explode, that's what you do"*. Similarly, Anna reported experiencing a lot of hardships through her life and made sense of this as follows: *"I'm under the impression that I'm, not battling, but fighting against something, against a disease, against evil, some evil"*.

Another strong indicator of the externalization of suffering of these mothers is the fact that they did not recognize themselves in the emotional dysregulation or diffuse identity of their daughters. Some mothers ($N = 2$) also reported that their daughter was more like their husband or ex-partner. Mothers generally explained that, contrary to their daughters, they tried to see the positive side of things and had a more regular mood. One exception can be mentioned here: Anna disclosed that like her daughter, she had recently had difficulty in regulating her emotions, which *"trigger her more easily"*. However, she attributes this new vulnerability to her aging and states that she used to deal well with stress before. Denise on her part insisted more on the lack of motivation and organization of her daughter, completely opposite to her super organized and hardworking personality.

3.2.1.2 Mothers reported they did not see their daughters' BPD diagnosis coming at all

When asked to describe their daughters as children, mothers offering the first type of narrative said that their daughters were autonomous at a young age and had a normal development. Mothers could not suspect anything going wrong with their daughters, who reportedly did well in school and had numerous friends. Anna and Brenda however did report that their daughters expressed some emotional distress as a child, respectively through tantrums and sulkiness, but these two mothers did not give any psychological meaning to these behaviors.

On the contrary, Anna sent her daughter to her room when she had tantrums and Brenda saw sulking as a normal child behavior, which she had herself experienced in her own childhood. Interestingly, Anna and Brenda were the two mothers producing the first type of narrative who also minimally recognized some distress in themselves, but attributed it to external events, namely aging and mourning as described above.

Gwyneth was the mother who reported the most idealized perception of her daughter and who, at the same time, reported the greatest surprise and inability to understand her daughter's BPD. While she said that Gabriella as a child and an adolescent *"was so quiet, so sweet, so untroubled uh that maybe we tended to forget about her a little bit (laughs) she didn't make a sound"*, Gwyneth also reported she did not understand at all how much her daughter had changed in the last year and half. When asked if she could describe these changes, Gwyneth replied: *"Honestly, I learned [that Gabriella was in great distress], she was at the hospital, she had tried to commit suicide"*.

The theme of not *seeing* their daughters' suffering was recurrent among mothers verbalizing the first type of narrative. While they experienced their daughters' BPD diagnosis as a complete shock and as their daughter's becoming a different person, these mothers were at the same time aware that one cannot develop BPD "overnight" and that therefore they must not have *seen* important clues in their daughters. Just like Gwyneth and Brenda who asked themselves often *"Is it because I did not see something or because she did not talk to me about it?"*, or *"I say to myself, how is it that you never saw this when she was young?"*, Anna tried to make sense of not seeing her daughter's increasing distress at age 15:

“But at that moment I was dealing with the troubles [of my other daughter], so maybe I didn’t see as much, you know, there is still a capacity for, a capacity for seeing calamity, I think that you can’t see everything, you see what is most flagrant”

3.2.2 Type 2: Being overwhelmed by and giving in to psychological distress (dyads C, E and F)

3.2.2.1 Vulnerability and suffering as parts of the self representation of the mother and of her representations of her family

Like mothers of type 1 narratives, mothers offering the second type of narrative reported a positive perception of themselves. However, they also openly spoke about their personal difficulties and relational conflicts. Carmen and Francine both reported having suffered from mood disorders and how these experiences completely changed the way they now looked at themselves. Carmen described herself as follows:

“I am an anxious person also, I have an anxious personality [...] Under the appearance of someone who demonstrated that she was able and ambitious [...] I still have an insecure side, I still have a side who needs reassurance [...] I have a partner and one of the main reasons I’m with him now, it’s because he brings me reassurance”.

We can see clearly in this excerpt how being anxious and insecure was part of Carmen’s self representation and not attributed to external events. However, it seemed that this had not always been the case. When she described the period of her life when she had a major depressive disorder and was on a sick leave for a year and a half, Carmen said: *“I didn’t let myself go on a sick leave from work. It was against my nature, I’m someone who is responsible, [...] reliable”.*

Francine on her part talked in the first minute of the interview about the many mental disorders diagnoses she received over the years. Like Carmen, Francine explained how she drastically changed the year she turned 40 years old:

“Before, I was someone who wasn’t shy, very sociable, dynamic and everything and then I went to the opposite [...] as if I had started over another life [...] and then the depressions started [...] they discovered I had ADHD [attention deficit disorder with hyperactivity] [...] three years ago, I was diagnosed with borderlines traits”.

As for Esther, she spoke a lot less about herself than the two others did, but she still disclosed the following trauma: *“I started my life being raped and I had a child from it, so uh it is true that this has quite disturbed me in my life”*. She insisted more on her antagonistic relationship with her husband, with whom she disagreed regarding their children’s education, and the idea that there could be a transgenerational transmission of psychological suffering, as she reported various hardships experienced by many members of her family and of her husband’s family.

These three mothers all described difficult relational experiences in their own family and family-in-law. Francine talked about conflicts with her brothers and sisters, with whom she had broken all ties a few years earlier since they tended to rely on “abuses of power”. Carmen on her part explicitly described many situations where her parents had disappointed her. Esther described how chaotic family dinners had been when her daughter was young and how cruel her mother-in-law had been to her. In short, these mothers revealed psychological distress they experienced due to conflicts with family members other than their daughters. As will be shown in section 3.2.2, these mothers also described their daughters as having always been emotionally vulnerable.

Again, contrary to type 1 mothers, mothers producing the second type of narrative did find resemblances between their daughters' and their own vulnerability. Carmen said: "*I have [BPD] pre-traits [...] there are elements of my personality which are very, very pronounced in Charlotte*". Francine thought she might have transmitted BPD traits to her daughter and that some events in Florence's life could have triggered this personality disorder in her. She also reported that her daughter and she were quite different "*except that for her, it's a big rage and big, big, big tears, me it's just the big, big, big tears, so if we need to cry, we cry together*". Esther and Francine both admitted that they could get angry sometimes, but never as much as their daughters did. Moreover, Francine and Esther seemed to be tied to their daughters by their individual distress. These two mothers seemed to have been overinvested at times into their daughters' hardships and to have shared with their daughter their distress at the same level of intensity. For example, Esther said that "*everyone was under alert for this breastfeeding*" regarding the difficulty Emily had had with breastfeeding her newborn daughter. Similarly, seven years prior to the interview, Francine was extremely affected by her daughter giving birth to a stillborn child, to the point of being hospitalized in a psychiatric unit for a week following this event. She also organized a ceremony each year commemorating the loss of her grandchild and showed the first author a picture of her deceased stillborn grandchild she kept in her kitchen.

3.2.2.2 Mothers described their daughters as having always had difficulty in self regulating their emotions

Mothers expressing the second type of narrative all remembered their daughters as being needy children, who were emotionally vulnerable and had a substantial need for support and reassurance. Carmen described Charlotte as being a "*demanding*" child as soon as her first year

of life. Francine on her part called Florence her “*introverted*” and “*sensitive*” child, who frequently cried and “*needed a lot of attention*”. As for Esther, she reported that her daughter became “*whiny*” and “*monopolized*” her after their moving when Emily was 18 months old. Carmen and Francine also explained how much their daughter suffered psychologically in adolescence. During the interview, Francine showed the first author a portrait of Florence when she was fifteen years old and described it as follows:

“you see in her face, there is a lot of sadness, she was like that, Florence [...] her eyes look empty, that was really it, it’s my mother who painted [this portrait] [...] it breaks my heart you know, because she is so unhappy [on this portrait], but that was, that was her”.

One other subtheme which can be inferred in this last excerpt was the helplessness Francine felt regarding her daughter’s distress. All three mothers openly admitted at some point during the interview not knowing what to do to alleviate their daughter’s emotional pain.

“I really tried everything I could, I really put to Charlotte’s disposition all the tools which I thought could exist” (Carmen)

“I saw the sadness in her eyes, but I was not able to know what she was going through [...] I was helpless with this child, you know saying “what the heck should I do?” (Francine)

“I saw Emily fall into a world where we could not really get to her.” (Esther)

Contrary to type 1 mothers, who did not foresee their daughters’ BPD diagnosis, mothers offering the second type of narrative welcomed favorably this important news. Carmen did not speak a lot about her reaction to Charlotte’s diagnosis, but she reported that learning that her

daughter was borderline helped her understand her daughter's behaviors. After being initially surprised by the announcement of Florence's BPD diagnosis, Francine said:

"I did not have problems with the fact that it was a mental health problem, I have some myself [...] it was not taboo, quite the opposite, it was all right".

For Esther, her daughter's diagnosis was a relief, since her husband had always told her that Emily was manipulating them and that she (Esther) had caused Emily to be like this:

"I was happy to know that someone had put a name on Emily's unhappiness, at least we wouldn't hear [my husband saying] 'but do something, don't listen to her [...] if you did this, if you did that...' anymore".

3.3 Dyad H: a mix of the two approaches to distress

Our analysis of the last dyad suggests that one's self representation and representations of others can evolve over the years. As we analyzed Helen's and Hailey's transcripts, we realized that we could relate a part of their story to the first type of narrative, but also that another portion could be linked with the second type. As for Helen's self representation, she described herself as calm and patient and disclosed various hardships she went through, such as her son's Down syndrome and her daughter's BPD. She also spoke of the good relationships she had with all her three children. Then, she revealed that she had been on a sick leave for nine months, after a series of hardships over the last three years (divorce, death of her mother, conflicts with a work colleague). We can see in the following excerpt how she was now seeing herself as inherently weakened to the point of rupture since she stopped working: *"I still have a certain... intolerance to stress [...] I can't make decisions anymore, that is why I am not going back to work".*

Helen also recognized herself in her daughter's suffering, as she was herself a very tormented adolescent:

"I saw myself a lot, a lot in her and that brought us a lot closer [...] [When I was adolescent] I felt very, very ill, well uh very ill at ease with myself, all teenagers are ill at ease with themselves (laughs) I don't know, I wanted to escape, many times I thought that life didn't have meaning [...] thoughts like saying what's it worth being here, what I am doing here, and uh these are thoughts that Hailey has".

Like mothers identified to the second type of narrative, Helen's actual self representation integrated the notion of vulnerability and psychological distress: her use of the pronoun "I" marked the ownership of her suffering.

Even if Helen now openly admitted that Hailey and she were very alike in their way of seeing events and reacting to them, it can easily be inferred this had not always been the case:

"When she was little, I had a lot of trouble, more trouble with Hailey, there are always children with whom it seems we don't get along as well, until my husband told me: 'yes but look, she is exactly like you.'"

Moreover, it could be seen in Helen's discourse that she still struggled with assuming her negative emotions: she tended to rationalize ("*all adolescents are ill at ease with themselves*") and also defined in somatic terms her psychological suffering which caused her to go on a sick leave (i.e., being exhausted, having headaches, stomachaches). She also excused herself after saying she was still angry about the fact that, two years earlier, her ex-husband stayed at work when he learned that their daughter Hailey had made a suicide attempt. All of these observations suggest that while Helen now seemed to have given in to an overwhelming distress, she still invalidated herself at times and moderately warded off her negative emotions.

As for Helen's reaction to her daughter's BPD diagnosis, an initial reaction of surprise and an actual perception of continuity and coherence could be discerned. Like mothers voicing the first type of narrative, Helen did not see Hailey's increasing distress at the beginning of her adolescence:

“she started to self-mutilate, uh that's how we learned that there was a problem. Uh and it was a teacher, me I didn't, I didn't realize because it was fall, so long sleeves, and you don't give [your adolescent child] their bath or their shower anymore hey (laughs) so no it's a teacher who asked me to come and meet him, to show me her arms (interrupts herself), it's a teacher who realized [that Hailey was self-mutilating]”

Later in the interview, Helen told us that after her daughter had been admitted to a day hospital, she filled out a questionnaire about her daughter's development and that this made her realize that Hailey *“had always been like that”*. At other moments in the interview, Helen insisted on the fact that Hailey had always been hypersensitive and had trouble regulating her emotions. Again, it can be seen that this mother's narrative includes a dynamic process of warding off and giving in to psychological distress.

Discussion

4.1 Summary of results

This dyadic qualitative study aimed at 1) describing how female adults with BPD and their mothers experience and make sense of their past and actual mother-daughter relationship, and at 2) describing how each dyad member perceives herself and perceives the ODM. The eight

daughters' narratives were generally convergent and depicted the mothers as inherently vulnerable and/or weakened by the many hardships encountered over the last decades. For these daughters, their mothers were vulnerable mainly regarding their emotional dysregulation and/or their difficulty at setting limits and not letting others "walk all over them". Most daughters described their mothers as harboring a hidden distress and/or a deep sorrow regarding their life, which the daughters nonetheless seemed very conscious of. Maternal inconsistency, the daughters' parentification, and difficulty in communicating with their mothers were the other subthemes reported by the daughters related to the main theme "the weakened mother".

As for the mothers' narratives, they could be divided into two main types. In the first type, which we labeled "invalidating and warding off psychological distress", mothers had a positive self representation and insisted on their normality and their family's normality. Furthermore, these mothers did not recognize themselves in their daughter's difficulties and reported not having foreseen their daughter's diagnosis, their daughters seemingly having broken down suddenly after having been independent and functional since childhood. Two of these four mothers however acknowledged that their daughters had experienced psychological distress as a child, but these two mothers had either punished or ignored such distress. In the second type of narratives, labeled "being overwhelmed by and giving in to psychological distress", mothers had a positive self representation, but also openly included vulnerability and psychological distress in their representations of themselves and of family members. Two of these three mothers elaborated on their struggle with mental illness, which occurred to them abruptly and completely changed their self perception; the other mother rather described the trauma and the chaotic marital and familial relationships she had experienced. These three mothers generally recognized themselves in their daughters' difficulties and stated that their

daughters had always been emotionally vulnerable and needy. These mothers also elaborated on the helplessness they felt toward their daughters' marked distress. Finally, one dyad presented features of the second type of narratives while also reporting having presented features of the first type many years earlier. Our analysis also revealed that this mother, through her self-invalidation and somatization, still presented features of the first type of narrative. We will next elaborate on this possible coexistence of both types of attitudes toward distress and the conceptualization of our results as a dynamic process.

4.2 Induced theoretical conceptualization and other theoretical implications

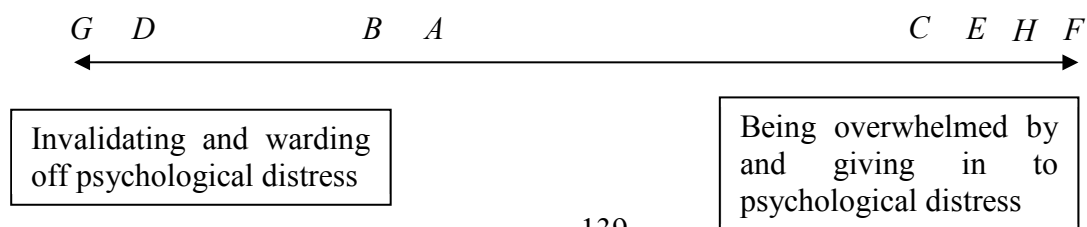
Taken as a whole, results of the present study suggest that the two types of attitudes toward distress described above could in fact be the poles of a continuum between which mothers can alternate: 1) invalidating /warding off and 2) being overwhelmed by/giving in to psychological distress. Figure 1 illustrates the distribution of the eight dyads on this continuum. The following metaphor developed in the first author's mind while she was analyzing and interpreting the data and seems to illustrate quite evocatively this continuum: the distress and hardships experienced by the mothers could be compared to a river's flow and the mothers' attitude toward distress (ranging between warding off and giving in to it), to a more or less resisting dam. Thus, some mothers' experience of psychological distress (the most representative mother being Gwyneth) would correspond to a very solid dam, which successfully wards off their own as well as their daughter's distress as a child. Such a resisting barrier could also explain their complete astonishment regarding their daughter's distress, which seems to have been experienced as water suddenly appearing on the dry side of the dam while no breach or hole could be witnessed on the surface. At the opposite, some other mothers'

experience, such as Anna and Brenda, could instead be compared to a leaking dam, these mothers recognizing minimally their own vulnerability and their daughter's past distress while generally fighting against psychological distress. The "very solid dam" could be compared to Fonagy & Target's (2000) pretend mode, where the mother

"may avoid reflection on the child's affect through a process akin to dissociation, which effectively places the mother in a pretend mode, unrelated to the external reality of the infant – the child's genuine feelings or intentions. The mother may then ignore the child's distress, or translate it into illness, tiredness and so on" (p.856).

Finally, mothers of the second type of narrative seem to have experienced an emotional breakdown which could be compared to the destruction of the dam and the impression of being flooded by psychological distress. The helplessness they experienced in relation to their young daughter's marked distress suggests that no alternative to the dam was ever developed. Keeping in mind that this metaphor illustrates a dynamic process, we could imagine the mothers' actions oriented at caulking the breaches as they appear on the dam and that in some cases, the river is just too strong and it overflows or the dam collapses. This alternating pattern without successful issue is in line with the concept of dialectics, brought forth by Linehan (2015) as a world view stating that "reality is not seen as static, but as made up of internal opposing forces (thesis and antithesis) out of whose synthesis evolves a new set of opposing forces" (p. 4).

Figure 2. Continuum of two types of attitudes toward distress



This metaphor appears all the more compelling to us as negative emotions and hardships, just like a river's flow, are natural phenomena and part of life. Following this metaphor, there is no use at trying to stop the river's flow completely, as the dam one built will be constantly under pressure and might just break down at some point. One should rather learn how to swim or build a raft. Borrowing Linehan's (2015) concepts again, the synthesis to this dialectic "warding off-giving in" may be to actively cope with the distress and hardships life brings about.

The close association we described in this typology between the mothers' representations of self and of their daughters mirrors results reported by Smith (1999) on the relational self of mothers-to-be and their psychological preparation to motherhood. Smith proposed the following theoretical statement to summarize the themes which emerged strongly from the collected data: "conception of self and other are dynamically interdependent" (p. 413). This statement was inspired by Mead's (1934) work on the social origin of identity. Our results point to a similar conclusion: the more mothers had given in to psychological distress, the more they reported that such distress had always been part of their daughters' identity. On the contrary, the more mothers warded off psychological distress, the more their daughter's BPD had been a complete surprise to them. We could summarize our typology as "one can only see in others what one sees in oneself".

Another theoretical implication of this dyadic qualitative study is that its results shed light on the apparently contradictory findings of the systematic review cited in the introduction (Boucher et al., 2017). The dyadic quantitative studies reviewed reported that mothers consistently perceived themselves in a more normative way than their daughters did. Results of the present study suggest that each dyad member may have focused on a different part of their

relational experience: mothers may have emphasized their marked implication in their daughter's life and concern for her, while daughters may have rather insisted on their mothers' emotional dysregulation and inconsistency.

Results of the current study also suggest a typology of two kinds of perceived developmental trajectories by mothers of adult females with BPD. On the one hand, some daughters appeared to their mothers as functioning and independent and may have been warding off as well their psychological distress, until they "broke down" in adolescence or young adulthood. On the other hand, other daughters appeared to their mothers as overtly dysregulated at a young age, this emotional dysregulation worsening over the years under the helpless eyes of their mother. Once again, these two types of perceived trajectories could be viewed as the poles of a continuum along which daughters might oscillate and may also reflect how their mothers made sense of their affective development. Finally, the present study presents data in line with the concept of equifinality (Cicchetti & Rogosch, 1996), which proposed that various risk factors can explain the development of the same mental disorder. Results of the present study indeed show that different maternal attitudes toward distress are associated with BPD.

4.3 Strengths and limitations of the present study

The unique methodology used in this study comprises many strengths. On the one hand, adopting a dyadic approach made it possible to generate complex and nuanced results. Had we only considered the daughters' perspective, it would have been impossible to know how mothers' attitudes toward distress varied so much. Furthermore, as for dyads seemingly contradicting general categories ("negative cases"), main themes could be corroborated with the ODM. For example, Florence was the daughter who reported the most idealized perception of

her mother, describing her as being “perfect” instead of vulnerable or weakened as the others daughters did. Having access to Francine’s narrative enabled us to see the marked vulnerability of this mother and enhanced the credibility of this theme. Similarly, Gwyneth was the mother who did not acknowledge any personal issues and insisted the most on her normality: Gabriella’s narrative revealed another perspective, describing Gwyneth’s marked difficulties in setting limits.

In addition, collecting qualitative as opposed to quantitative data enabled us to interpret our main themes as two poles of a dynamic process. Our study illustrates well how apparently contradictory attitudes can coexist in a person and how one can navigate between these opposite poles. Our data suggest mothers of adult females with BPD generally ward off psychological distress and have not developed adaptive coping strategies; some of these mothers therefore experienced a “flooding” at some point. This creative interpretation of data mirrors that of Smith (1999), who proposed pregnancy was an opportunity to grow through regression for mothers-to-be. Instead of a binary differentiation of both concepts, Smith “[suggested] that regression and progress are, in fact, dynamically related” (p. 422). Likewise, we propose that attitudes of warding off and giving in to psychological distress are dynamically related, as they represent two options for someone who does not know what to do with marked psychological distress.

The present study also presents various limitations. First, it is important to keep in mind that our sample differed greatly from samples of many other studies on PCR in BPD. The participants interviewed in the present study were from middle to upper socio-economic background, were relatively functional (i.e., had a job or were studying) and had for the majority been seeking help in the past but were not in therapy at the moment of the interview. Also, the daughters did not report marked abuse or neglect, as is often the case in studies on BPD

inpatients. The transferability of our results is therefore limited to mother-daughter dyads with similar characteristics. Another limitation of our study is a probable bias of our sample procedure, due to our dyadic methodology. Since we aimed at collecting both mother's and daughter's perspective, we could only recruit dyads whose members were still in contact and whose relationship was minimally preserved. Again, the transferability of our results is limited to similar dyads. Furthermore, the first author's training in clinical psychology, more precisely in a psychodynamic approach, has most probably influenced her analysis and interpretations of the results. As recommended by Morrow (2005), researchers using a constructivist-interpretative paradigm need to explicit their biases and preconceptions in order to ensure the quality and trustworthiness of their work. Likewise, the fact that the first and second authors had previously done research on emotional regulation and socialization of emotion (i.e., Boucher, Lecours, Philippe, & Arseneault, 2013; Lecours, Philippe, Boucher, Ahoundova, & Allard-Chapais, 2016) most probably shaped their interpretation of the dyadic qualitative data. Finally, it is important to note that the results and conclusions of the present study cannot be considered as causal hypotheses of BPD, but rather as an interpretative phenomenological analysis of the experience of adult females with BPD and their mothers regarding their past and actual mother-daughter relationship. The subjective and interpretative nature of the data must therefore also be bore in mind while considering this study's findings.

As for future research, a longitudinal qualitative design, with individual and joint mother-daughter interviews soon after the daughter's BPD diagnosis and then annually, could be informative to verify how representations of each member of the dyad evolve over time and if shifts from a type 1 to a type 2 can again be observed. Adding the father's perspective would also be very relevant, as research on father-daughter relationships in BPD is scarce. Similarly,

very little is known about PCR of male adults with BPD, as stated in Boucher et al.'s (2017) systematic review. It would be interesting to compare and contrast results of the present study to those of a study using a similar design involving male adults with BPD and their mothers.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5th ed.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2016). Self–other disturbance in borderline personality disorder: Neural, self-report, and performance-based evidence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 28-39. doi: 10.1037/per0000127
- Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 500-517. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500>
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders (2nd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Bezirgianian, S., Cohen, P., & Brook, J. S. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1836-1842.
- Boucher, M.-È., Lecours, S., Philippe, F. L., & Arseneault, S. (2013). Parental socialization of emotion and depression in adulthood: The role of attitudes toward sadness. *European Review of Applied Psychology*, 63, 15-23. doi: 10.1016/j.erap.2012.11.003
- Boucher, M.-È., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R., & Gaham, S. (2017). *Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. Personality and Mental Health*. doi: 10.1002/pmh.1385

- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients? . *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 939-955.
- Brooke, S., & Horn, N. (2010). The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 113-128. doi: <http://dx.doi.org/10.1348/147608309X468211>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.474
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches* (third edition). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M., & Perseius, K.-I. (2011). A life tiptoeing: Being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), e69-e76. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2011.06.005>
- First, M. B., Gibbon M., Spitzer R. L., Williams, J. B. W., Benjamin L. S. (1997). *Structured*

- Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. doi:
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853-873.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-1030. doi:
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579405050479>
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. doi:
<http://dx.doi.org/10.1375/anft.29.3.133>
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Diamond, E., Hiller, A., Hoffman, P., . . . New, A. (2010). Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 24(2), 204-216. doi:
<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2010.24.2.204>
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Quinlan, D. M., Walker, M. L., Greenfeld, D., & Edell, W. S. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 155(1), 140-142.

- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637-1640. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071125>
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Hodgetts, A., Wright, J., & Gough, A. (2007). Clients with borderline personality disorder: Exploring their experiences of dialectical behaviour therapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(3), 172-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14733140701575036>
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2), 181-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- Hooley, J. M., & Dominak, G. M. (2002). Borderline personality disorder and the family. In A. Schaub (Ed.), *New family interventions and associated research in psychiatric disorders* (pp. 135-150). New York, NY: Springer-Verlag Publishing.
- Jordan, A. L., Eccleston, C., & Osborn, M. (2007). Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: An interpretative phenomenological analysis. *European Journal of Pain*, 11(1), 49-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.012>
- Kanske, P., Schulze, L., Dziobek, I., Scheibner, H., Roepke, S., & Singer, T. (2016). The wandering mind in borderline personality disorder: Instability in self- and other-related thoughts. *Psychiatry Research*, 242, 302-310. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.060

- Lam, D. C. K., Salkovskis, P. M., & Hogg, L. I. (2016). 'Judging a book by its cover': An experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 253-268. doi: 10.1111/bjc.12093
- Lecours, S., Philippe, F. L., Boucher, M.-È., Ahoundova, L., & Allard-Chapais, C. (2016). Negative self-evaluating emotions as mediator in the relationship between childhood emotional trauma and alexithymia in adulthood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64(5), 1027-1033. doi: 10.1177/0003065116675876
- Lefley, H. P. (2005). From family trauma to family support system. In J. G. Gunderson & P. D. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. (pp. 131-150). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Leontieva, L., & Gregory, R. (2013). Characteristics of patients with borderline personality disorder in a state psychiatric hospital. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 222-232. doi: 10.1521/pedi_2013_27_078
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual, 2nd ed.* New York, NY, US: Guilford Press.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(2), 163-177.

- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 54*(7), 923-931. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F
- Mead, G. H. (1934). *Mind self and society*. Chicago: University of Chicago.
- Millar, H., Gillanders, D., & Saleem, J. (2012). Trying to make sense of the chaos: Clinical psychologists' experiences and perceptions of clients with 'borderline personality disorder'. *Personality and Mental Health, 6*(2), 111-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pmh.1178>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 250-260. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.250
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry, 193*(2), 140-144. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045930>
- Penney, D., & Woodward, P. (2005). Family perspectives on borderline personality disorder. In J. G. Gunderson & P. D. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families* (pp. 117-130). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique [Sampling and qualitative research : Theoretical and methodological essay]. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Lapierre, R. Mayer, & A. Pires

- (Eds), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.113-169). Montréal, Québec, Canada : Gaëtan Morin.
- Rizq, R. (2012). 'There's always this sense of failure': An interpretative phenomenological analysis of primary care counsellors' experiences of working with the borderline client. *Journal of Social Work Practice*, 26(1), 31-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02650533.2011.579695>
- Scheirs, J., & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764006074554>
- Smith, J. A. (1999). Towards a relational self: Social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood. *British Journal of Social Psychology*, 38(4), 409-426. doi: 10.1348/014466699164248
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE.
- Ummel, D., & Achille, M. (2016). How not to let secrets out when conducting qualitative research with dyads. *Qualitative Health Research*, 26(6), 807-815. doi: 10.1177/1049732315627427
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518-535. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.518>
- Zodan, J., Charnas, J., & Hilsenroth, M. J. (2009). Rorschach assessment of reality testing, affect and object representation of borderline pathology: A comparison of clinical

samples. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(2), 121-142. doi:

10.1521/bumc.2009.73.2.121

Chapitre 4 : Conclusion générale

Dans ce dernier chapitre, nous ferons d'abord un résumé global des résultats des articles présentés aux chapitres 2 et 3 afin d'offrir une vue d'ensemble de la présente thèse. Pour ce faire, nous avons identifié trois idées principales communes aux deux articles, qui constituent les sections 1 à 3 de ce chapitre : 1) Les multiples facettes de l'adversité relationnelle vécue par les adultes ayant un TPB et leurs parents, 2) Le tempérament de l'enfant et son interaction avec les comportements parentaux, et 3) L'incohérence parentale, un facteur potentiellement spécifique à explorer davantage. La troisième et dernière partie de ce chapitre visera à explorer davantage le concept d'incohérence parentale, en décrivant les nombreuses formes qu'il prend dans les deux articles de cette thèse, ainsi que dans la recherche antérieure. Les implications cliniques et des idées de recherche future en lien avec l'incohérence parentale seront également discutées.

1. Les multiples facettes de l'adversité relationnelle perçue dans la RPE

Un premier résultat général de la présente thèse est le fait que les adultes ayant un TPB et leurs parents rapportent rétrospectivement avoir vécu une relation difficile et que cette adversité relationnelle peut prendre de multiples formes. Tel qu'indiqué au chapitre 2, une RPE dysfonctionnelle discrimine de façon constante les personnes présentant un TPB de celles des groupes normatifs. Il est toutefois beaucoup plus difficile d'identifier des aspects de la RPE qui différencient spécifiquement les personnes ayant un TPB d'autres personnes ayant un trouble de l'humeur ou encore un autre trouble de personnalité.

L'affection et le contrôle parentaux sont les deux variables ayant été le plus étudiées dans les études recensées au chapitre 2. Il ressort qu'un faible niveau d'affection parentale et un haut niveau de contrôle parental semblent avoir un effet délétère, mais non spécifique sur le développement de l'enfant. Ces résultats sont cohérents avec le principe de multifinalité (Cicchetti & Rogosch, 1996), qui suggère qu'un même facteur de risque peut être associé à de multiples résultantes. Ainsi, un faible niveau d'affection parentale pourra être associé à diverses psychopathologies à l'âge adulte, et pas seulement au TPB.

Plutôt que d'être liés spécifiquement à un trouble de santé mentale, l'affection et le contrôle parentaux apparaissent liés à la sévérité de la psychopathologie. En effet, on ne retrouve pas de différences de scores au PBI entre des patients hospitalisés en psychiatrie ayant divers diagnostics (dont le TPB), alors qu'en clinique externe, les patients borderlines rapportent des niveaux significativement plus faibles d'affection parentale et plus élevés de contrôle parental comparativement aux autres types de patients. La non-spécificité de ces deux facteurs de risque rappelle des études récentes suggérant que les critères diagnostiques du TPB représenteraient en fait un facteur général « g » de dysfonctionnement intrapersonnel et interpersonnel (Sharp et al., 2015; Wright, Hopwood, Skodol, & Morey, 2016), facteur qui serait commun à tous les troubles de personnalité. Ce facteur « g » constituerait un indicateur de la sévérité du trouble de personnalité et de l'altération du fonctionnement. Ce facteur général serait cependant malléable et son déclin expliquerait la diminution marquée de symptomatologie au fil du temps. Les autres troubles de personnalité du DSM-5 correspondraient quant à eux à des manifestations du style interpersonnel de l'individu, soit des traits de personnalité pathologiques relativement stables dans le temps, par exemple le détachement, la dépendance ou la dominance (Wright et al., 2016).

Le TPB correspondrait ainsi au critère A du modèle alternatif des troubles de personnalité (APA, 2015), soit une atteinte à tout le moins modérée du fonctionnement intrapersonnel (identité et auto-détermination) et interpersonnel (empathie et intimité relationnelle). Autrement dit, le TPB représenterait la variance partagée par tous les troubles de personnalité de l'effet des adversités que représentent le manque d'affection et le contrôle élevé de la part des parents. Comme nous en discuterons à la section 3, la part de variance unique au TPB semble cependant être liée à l'incohérence parentale.

La seconde étude a permis elle aussi de décrire les multiples facettes de l'adversité relationnelle vécue par des femmes adultes ayant un TPB et les mères de celles-ci. L'approche qualitative dyadique employée a permis de mettre en lumière deux types d'attitude face à la détresse qu'adoptaient les mères interviewées. D'une part, certaines mères avaient tendance à invalider et à repousser la détresse psychologique, tant chez elles-mêmes que chez leur fille : elles ne se reconnaissaient donc pas dans la détresse de cette dernière et avaient été très surprises par le diagnostic de TPB de leur fille. D'autre part, certaines mères ont plutôt décrit une expérience correspondant au fait d'être submergée par la détresse psychologique et de céder face à celle-ci. Tel que proposé au chapitre 3, ces deux types d'attitude pourraient être considérés comme les pôles d'un continuum d'attitudes face à la détresse, entre lesquels les mères pourraient alterner.

Pris ensemble, ces deux types d'attitude témoignent de l'inconfort face à la détresse et de l'incapacité de ces mères à gérer de manière adaptée la partie souffrante en elles-mêmes et chez leurs filles. Un parallèle peut être fait avec le manque d'affection parentale et d'empathie maternelle rapporté par de nombreuses études recensées au chapitre 2. Il est possible que les femmes ayant développé un TPB aient senti que leurs parents ne les acceptaient pas entièrement

pour qui elles étaient, que la partie souffrante en elle n'était pas aimable et devait être éradiquée ou encore que face à cette partie souffrante, leur mère ne savait pas quoi faire et demeurait dans l'impuissance. Ainsi, on peut penser que le manque d'affection et d'empathie n'ait pas été constant mais soit plutôt survenu ponctuellement lors de l'expression de détresse par l'enfant. Nous reviendrons dans la troisième section de ce chapitre sur cette idée d'incohérence parentale. L'une des implications théoriques de cette typologie est le lien significatif entre la perception qu'un parent a de lui-même et la perception qu'il a de son enfant. Ainsi, on ne semble voir chez les autres que ce que l'on peut voir chez soi, ou comme l'a postulé Smith (1999), nos concepts de soi et d'autrui sont dynamiquement interdépendants. Cela rappelle le concept de méta-émotion, développé par Gottman, Katz et Hooven (1997), qui réfère à l'ensemble d'émotions et de pensées qu'une personne a vis-à-vis de ses propres émotions et de celles d'autrui. Il a été démontré que les méta-émotions des parents sont liées significativement à leurs comportements de socialisation des émotions vis-à-vis de leurs enfants (Wong, Diener, & Isabella, 2008) : ainsi, un parent ayant des attitudes positives face à ses propres émotions négatives sera davantage accueillant et encourageant face aux émotions négatives de son enfant. De fait, tel qu'indiqué au chapitre 3, les mères n'intégrant pas la notion de détresse à leur perception d'elle-même avaient vécu l'annonce du diagnostic de leur fille comme une surprise immense, alors que celles qui décrivaient ouvertement leurs propres difficultés affectives et relationnelles n'avaient pas ressenti un tel choc à l'annonce du diagnostic et décrivaient leur fille comme ayant toujours été vulnérable. Une acceptation plus faible de ses propres émotions et des comportements de socialisation des émotions moins encadrants ont d'ailleurs été trouvés chez les parents d'enfants ayant des symptômes dépressifs (Katz & Hunter, 2007) et des troubles anxieux (Hurrell, Houwing, & Hudson, 2017).

Fait intéressant à noter, Wong et ses collègues (2008) ont rapporté une relation curvilinéaire entre l'encouragement parental face aux émotions de l'enfant et la compétence sociale de ce dernier. Ainsi, la modération serait associée à un développement optimal : un encouragement trop faible ou trop élevé face aux émotions négatives de l'enfant serait à l'inverse lié à une compétence sociale moindre chez ce dernier. Une relation curvilinéaire a également été trouvée entre l'expression émotionnelle négative des familles et la compétence sociale de l'enfant. Une famille exprimant des émotions négatives de façon modérée serait ainsi associée au développement socio-affectif optimal de l'enfant. Ces résultats rejoignent l'idée de synthèse présentée au chapitre 3 en lien avec la typologie d'attitudes maternelles face à la détresse : il importe que les parents utilisent des stratégies efficaces de régulation émotionnelle et les transmettent à leurs enfants, plutôt que de nier ou d'être débordés par leur propre détresse et celle de leur enfant.

2. Le tempérament de l'enfant et son interaction avec les comportements parentaux

Les résultats des deux études constituant cette thèse rappellent également l'importance de considérer le tempérament de l'enfant et son interaction avec les comportements parentaux. Comme l'a soutenu Linehan (2015), le style parental est influencé par une foule de facteurs, dont les caractéristiques de l'enfant et ce qu'elles viennent évoquer chez le parent. Au chapitre 2, les études recensées portant sur des dyades de sœurs (Laporte, Paris, Guttman, & Russell, 2011; Laporte, Paris, Guttman, Russell, & Correa, 2012) ont ainsi démontré qu'une relation dysfonctionnelle avec les parents était rapportée tant par les participantes ayant un TPB que par leurs sœurs ne présentant pas de psychopathologie. Ce sont des traits de tempérament,

notamment l'instabilité affective et l'impulsivité, qui distinguaient les femmes borderlines de leurs sœurs. De la même façon, des centaines de parents ont rapporté que leurs enfants ayant développé un TPB avaient présenté dès leur première année de vie un tempérament significativement différent de leurs frères et sœurs ne présentant pas ce trouble de personnalité (Goodman, Patel, Oakes, Matho, & Triebwasser, 2013; Goodman et al., 2010). Ces différences de tempérament se traduisaient notamment par une sensibilité inhabituelle et une humeur changeante.

Si l'on tient compte de la trajectoire développementale de ces frères et sœurs sans trouble de santé mentale, il importe donc de toujours considérer une autre résultante possible en présence d'une RPE dysfonctionnelle : la résilience (Rutter, 2012, 2013), soit un fonctionnement normal malgré l'expérience d'adversités multiples. Ainsi, l'expérience d'adversité relationnelle dans la RPE n'est pas systématiquement liée au développement d'une psychopathologie quelconque. Plusieurs autres facteurs, dont le tempérament de l'enfant, influencent également la trajectoire développementale et c'est en considérant leur interaction unique qu'on peut tenter d'expliquer pourquoi certaines personnes développent un trouble de santé mentale particulier et d'autres pas.

L'étude qualitative dyadique, présentée au chapitre 3, a permis d'identifier deux types de trajectoires développementales des filles perçues par leurs mères : certaines filles ont été décrites comme ayant été fonctionnelles et indépendantes avant l'apparition soudaine de leur TPB, alors que d'autres filles auraient plutôt présenté selon leurs mères une dérégulation émotionnelle importante dès un jeune âge et que leurs mères n'auraient pas été en mesure d'apaiser. Dans le premier cas, on peut faire l'hypothèse que l'enfant ait appris à cacher activement ses difficultés

à ses parents, étant donné la tendance de la mère à invalider et à repousser la détresse tant chez elle que chez autrui. La vulnérabilité de tempérament de l'enfant aurait ainsi pu être masquée pendant un certain nombre d'années grâce à des mécanismes d'évitement appris, jusqu'au point où les stressors excèdent les capacités d'adaptation de la jeune fille et que le fonctionnement de celle-ci s'altère de façon marquée. Cela n'est pas sans rappeler la notion de « faux self ». Dans le deuxième type de trajectoire perçue, la détresse de l'enfant était reconnue par la mère, mais celle-ci se sentait impuissante face à cette détresse marquée et ne savait comment intervenir. Les difficultés de communication rapportées par la majorité des filles, telles qu'éviter de se confier à sa mère et nier ses difficultés, pourraient ainsi être expliquées par un sentiment de ne pas avoir le droit de vivre certaines émotions (dans le premier type de trajectoires) ou encore par le désir de protéger le parent pris au dépourvu par la détresse qu'il perçoit chez l'enfant, et parfois lui-même débordé par sa propre détresse (dans le second type de trajectoire).

En résumé, les résultats de cette thèse sont concordants avec les théories d'interaction gène-environnement (Masten, 2006; Rutter & Sroufe, 2000), qui constituent un modèle faisant actuellement consensus en psychologie développementale. Il est donc important de retenir que certains enfants sont plus réactifs que d'autres à leur environnement et sont donc significativement plus affectés par des interactions dysfonctionnelles avec leurs parents. La prochaine section portera sur une forme plus précise d'interaction, l'incohérence parentale, qui jumelée à un enfant réactif et hypersensible aux variations de son environnement, semble constituer un terreau fertile pour le développement du TPB, et donc de troubles de personnalité en général.

3. L'incohérence parentale, un facteur potentiellement spécifique à explorer davantage

Dès le début de ce projet de thèse doctorale, la notion d'incohérence parentale avait été remarquée par l'auteure de cette thèse. La recension systématique présentée au chapitre 2 est venue confirmer qu'il existait une divergence marquée des points de vue entre parent et enfant dans les études dyadiques quantitatives. De même, les femmes adultes ayant un TPB ont rapporté significativement plus d'incohérence parentale comparativement à d'autres groupes cliniques et normatifs (Allen et al., 2005; Zanarini et al., 2000; Zanarini, Williams, Lewis, Reich, & et al., 1997). Enfin, l'une des rares études longitudinales recensées (Bezirgianian, Cohen, & Brook, 1993) a démontré que c'est un style maternel à la fois incohérent et surprotecteur qui prédisait deux ans et demi plus tard spécifiquement le TPB, mais pas aucun autre diagnostic à l'Axe I ou II. Grâce à l'étude qualitative dyadique présentée au chapitre 3, diverses formes d'incohérence parentales ont pu être identifiées. C'est cette conceptualisation à la fois plus subtile et plus complexe que nous l'avions d'abord imaginée que nous souhaitons présenter dans cette dernière section. Des liens avec des auteurs ayant également étudié l'incohérence parentale ainsi qu'avec le travail clinique et la recherche future seront aussi discutés.

3.1 L'incohérence parentale, un processus dynamique aux diverses formes

L'incohérence parentale est un thème rapporté par la majorité des filles ayant pris part à l'étude qualitative dyadique. Selon certaines filles, leur mère était incohérente au plan émotionnel, car elle présentait une humeur imprévisible, ce qui insécurisait grandement la fille. D'autres filles ont plutôt parlé d'une incohérence au niveau du discours de leur mère, qui pouvait

donner des consignes contradictoires ou encore exprimer une certaine idée puis son contraire peu de temps après.

On peut également inférer de l'incohérence maternelle dans les deux types d'attitudes face à la détresse identifiées dans le discours des mères. D'une part, les mères présentant une attitude d'invalidation et de rejet de la détresse ont présenté une image très positive et normalisante d'elles-mêmes, externalisant leur détresse et ne se reconnaissant pas dans celle de leurs filles. Or, les filles de ces mères ont rapporté que ces dernières souffraient secrètement et qu'elles (les filles) étaient parmi les seules à savoir que leurs mères n'avaient pas vécu la vie qu'elles souhaitaient. On peut ainsi noter une incohérence entre ce que la mère ressent véritablement et ce qu'elle exprime ouvertement. Les filles n'étaient toutefois pas dupes : au contraire, il semble que leur hypersensibilité à leur environnement, liée à leur tempérament, a pu faire en sorte qu'elles captent cette incohérence « intérieur-extérieur » chez leur mère. Cette détresse cachée représentait un fardeau pour certaines filles, qui disaient porter en elles la détresse de leur mère. D'autre part, les mères ayant flanché face à une détresse trop grande ont également pu apparaître incohérentes aux yeux de leurs filles. Certaines de ces mères ont en effet indiqué avoir drastiquement changé lors de la survenue de leurs problèmes de santé mentale : ce « changement de personnalité » a lui aussi pu être perçu par les filles et avoir fortement déstabilisé celles-ci. Certaines filles ont d'ailleurs adopté un rôle maternel lors de la période où leurs mères présentaient un fonctionnement très altéré et/ou une détresse significative.

L'incohérence parentale permettrait d'expliquer les résultats contradictoires relevés au chapitre 2 dans les études dyadiques quantitatives recensées, où les parents se décrivaient d'une façon normative et étaient décrits par leurs filles d'une façon beaucoup plus négative. On peut ainsi

penser que chaque membre de la dyade parent-enfant a pu se centrer sur un aspect différent de leurs interactions. D'une part, les parents ont pu focaliser sur leur grande implication auprès de leurs enfants et leur désir de les protéger. D'autre part, les filles présentant un TPB ont pu se centrer sur le retrait émotionnel ponctuel de leurs parents, sous forme de manque d'affection (Guttman & Laporte, 2002) ou d'empathie (Guttman & Laporte, 2000), ou plus globalement sur l'aspect changeant ou incohérent de leurs valeurs (Gunderson & Lyoo, 1997).

Bref, ce ne serait pas tant le fait de surprotéger sa fille ou de ne pas être disponible pour elle qui serait associée au développement du TPB chez celle-ci, mais plutôt le patron d'interactions inconstant qui se tisserait entre la mère et sa fille. Le parent se montrerait ainsi disponible émotionnellement à certains moments et serait même parfois surinvesti vis-à-vis du vécu de son enfant; à d'autres moments, alors que sa détresse personnelle ou celle de son enfant serait trop envahissante, la mère se retirerait émotionnellement et n'interviendrait pas momentanément auprès de l'enfant. L'incohérence parentale référerait donc à un processus dynamique, où le parent adopte des attitudes contradictoires face à son enfant à plus ou moins grande fréquence et de manière plus ou moins intense. L'incohérence parentale pourrait ainsi se manifester quotidiennement ou encore sous forme d'un changement drastique après plusieurs mois ou plusieurs années de stabilité; de même, elle pourrait prendre des formes plus subtiles, comme des contradictions dans le discours parental, tout comme des formes plus explicites et sévères, telle une alternance entre une forte surprotection et un rejet affectif marqué de l'enfant. Nous faisons l'hypothèse que la fréquence et l'intensité de l'incohérence parentale seraient associées positivement à la sévérité du TPB.

L'incohérence parentale constitue une hypothèse parcimonieuse et plus inclusive que celle du trauma et des diverses formes d'abus et de négligence pour expliquer le développement du TPB. Comme l'ont souligné Graybar et Boutilier (2002), ce ne sont pas tous les patients ayant un TPB qui ont subi des expériences traumatiques ou des abus de la part de leurs proches. Plusieurs participantes de l'étude dyadique qualitative ont d'ailleurs confié à l'auteure de cette thèse s'être sentie exclues lorsque des intervenants d'un groupe de soutien auraient affirmé que « la plupart d'entre elles » (soit les participantes au groupe) avaient subi des agressions physiques ou sexuelles durant leur enfance et leur adolescence. Cette affirmation avait suscité de la confusion chez ces participantes, qui s'étaient demandé pourquoi elles avaient développé un TPB si elles n'avaient pas subi d'agression ou de trauma. Considérer l'incohérence parentale vécue au long cours dans la RPE apparaît ainsi comme une hypothèse permettant d'expliquer beaucoup plus de trajectoires développementales ayant mené au TPB et même d'inclure la notion de trauma et d'abus. En effet, l'abus et le trauma pourraient être des formes extrêmes de contrôle ou d'intrusion, qui alterneraient avec des formes tout aussi extrêmes de rejet ou de négligence émotionnelle de la part des parents. De même, l'abus verbal, qui semble spécifique aux dyades parent-enfant dont l'enfant développera un TPB, pourrait constituer une facette du patron d'interactions incohérentes, en alternance avec une attitude d'idéalisation ou de plus grande proximité relationnelle entre le parent et l'enfant.

L'interaction gène-environnement étant toujours à prendre en considération, il importe finalement de mentionner que cette incohérence parentale serait particulièrement nuisible pour des enfants réactifs à leur environnement. On peut tout à fait imaginer que certains enfants ne seraient pas autant affectés par l'incohérence parentale, surtout par ses formes plus subtiles,

probablement parce qu'ils ne la percevraient pas ou encore parce qu'ils seraient en mesure de se réguler eux-mêmes lors des moments d'indisponibilité parentale. Toutefois, chez des enfants présentant une forte susceptibilité à leur environnement, mêmes les formes les plus subtiles d'incohérence parentale seraient captées et pourraient être vécues comme de grands stressseurs, voire parfois comme des traumatismes relationnels dont ils n'arriveraient pas à se remettre et qu'ils ne pourraient pardonner à leurs parents.

3.2 Liens avec la recherche antérieure sur l'incohérence parentale

Le patron d'interactions parent-enfant incohérentes proposé précédemment concorde avec les modèles avancés par plusieurs chercheurs en psychologie clinique pour expliquer le développement du TPB. Masterson et Rinsley (1975) sont parmi les premiers à avoir décrit un patron d'interactions incohérentes entre la mère et son enfant qui deviendra borderline. En bref, la mère démontrerait de l'affection lorsque son enfant agirait de manière dépendante et rejetterait celui-ci lorsqu'il tenterait d'agir de manière autonome (voir la section 2.1 du chapitre 1 pour plus de détails).

Quant à eux, Allen et Farmer (1996) ont élaboré un modèle référant plutôt aux relations actuelles des adultes ayant un TPB avec leurs parents. Selon ce modèle, les adultes présentant un TPB entretiendraient des relations incohérentes avec leurs figures parentales, qui alterneraient entre des formes extrêmes de surinvestissement et de sous-investissement. Ce patron d'interactions incohérentes serait un facteur expliquant le déclenchement et le maintien des comportements autodestructeurs des patients borderlines. L'origine de cette incohérence parentale serait l'existence de besoins contradictoires des parents, besoins qui seraient perçus et interprétés par l'enfant comme lui demandant de demeurer dépendant de ses parents tout en étant l'objet de

leur frustration. Allen et ses collègues (2005) ont ensuite effectué une validation empirique de leur modèle en développant un questionnaire évaluant notamment les réponses contradictoires des figures parentales. Ces auteurs ont défini deux types de réponses contradictoires : 1) un parent qui se contredit directement, par exemple en faisant une chose puis son contraire le lendemain et 2) un parent qui agit d'une façon tout en ressentant le contraire. Cette typologie correspond bien aux diverses formes d'incohérence maternelle décrites par les filles ayant participé à l'étude qualitative dyadique, présentée au chapitre 3. Les deux types d'attitudes maternelles face à la détresse peuvent également être reconnus dans la conceptualisation d'Allen et ses collègues. D'une part, la mère qui flanche face à une détresse trop intense et prolongée peut être perçue par sa fille comme étant en contradiction directe avec elle-même, après avoir été fonctionnelle et en lutte contre la détresse durant des années. De même, la détresse cachée de plusieurs mères de l'échantillon peut correspondre au deuxième type de comportement contradictoire décrit par Allen et ses collègues, soit une incohérence « intérieur-extérieur ».

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont proposé que l'attachement désorganisé serait un facteur de risque majeur pour le développement du TPB (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Holmes, 2004). Ce type d'attachement représenterait un dilemme d'approche-évitement pour l'enfant, qui ferait face à une incohérence fondamentale et insoluble : son parent, qui serait censé être sa base de sécurité lorsqu'il vit de la détresse, s'avèrerait une source de menace pour lui, une menace dont il ne peut s'échapper. Dans les dyades présentant un attachement désorganisé, le parent serait à la fois traumatisé et traumatisant : il porterait des traumatismes non résolus, qui seraient réactivés face à la détresse de son enfant. Le parent et l'enfant seraient ainsi tous deux dissociés et désorientés dans leurs interactions (Holmes, 2004). Ce profil parental pourrait représenter une

forme extrême du thème de « mère fragile » décrit au chapitre 3 et pourrait aussi être associé à des attitudes de déni ou d'impuissance marquée des mères face à la détresse de leur fille.

Face à cette désorganisation du lien d'attachement, l'enfant développerait deux types de comportement de contrôle dans ses interactions avec son parent (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). D'une part, l'enfant pourrait agir de manière aidante et soutenante envers son parent, en le guidant ou en lui fournissant des encouragements à la manière d'un parent qui encadre son enfant (*controlling-caregiving behavior*). D'autre part, l'enfant pourrait agir de manière punitive à l'égard de son parent, en se montrant hostile, en l'humiliant ou le défiant (*controlling-punitive behavior*). La dyade parent-enfant se structurerait ainsi d'une façon essentiellement incohérente : l'enfant adopterait peu à peu le rôle du parent, tout en n'apprenant pas à se réguler adéquatement. Selon Holmes (2004), le type d'adulte que deviendrait cet enfant correspondrait au profil du TPB : un adulte contrôlant, agressif, ne sachant pas réguler ses émotions et maintenant des relations interpersonnelles qui lui causent de la souffrance.

En lien avec ce modèle d'attachement désorganisé, Lyons-Ruth, Brumariu, Bureau, Henninghausen et Holmes (2015) ont réalisé une étude évaluant la qualité de l'interaction entre de jeunes adultes ayant un TPB et les parents de ceux-ci. Il s'agit de la seule étude à ce jour à avoir mesuré directement les interactions « parent-enfant adulte ayant un TPB » de manière observationnelle et contemporaine, plutôt qu'à l'aide de questionnaires auto-rapportés. Les traits de personnalité borderline étaient associés avec plus de confusion de rôles¹⁵ et de comportements désorientés tant chez le parent que chez son enfant adulte, ce qui appuie le

¹⁵ La confusion de rôles référerait à des comportements soutenant de l'enfant à l'égard du parent et à l'incapacité du parent à structurer l'interaction, à contribuer à la tâche ou sa tendance marquée à rester centré sur lui-même.

modèle théorique présenté plus haut. Ces deux aspects de l'interaction parent-enfant (confusion de rôles et désorientation) avaient un effet additif ainsi qu'indépendant de l'abus auto-rapporté par le jeune adulte sur la symptomatologie borderline. En tenant compte de la contribution de la dépression, la confusion de rôles dans les interactions parent-enfant est demeurée associée significativement aux traits borderlines et les interactions punitives le sont devenues; les comportements désorientés ne l'étaient cependant plus. Ainsi, les jeunes adultes ayant un TPB sans historique de dépression comorbide auraient des interactions contradictoires avec leur parent, alternant entre des comportements de contrôle soutenant et punitifs. Un patron similaire a été retrouvé chez des enfants de 8 ans et prédisait leurs symptômes borderlines à l'âge adulte (Lyons-Ruth, Bureau, Holmes, Easterbrooks, & Brooks, 2013). Ces résultats rappellent l'expérience de parentification de plusieurs participantes de l'étude qualitative dyadique présentée au chapitre 3.

3.3 Implications cliniques

Premièrement, le concept d'incohérence parentale comme facteur spécifique au développement du TPB concorde très bien avec la définition actuelle de ce trouble de personnalité. Selon le DSM-5, le TPB est un « mode général d'*instabilité* des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers » (APA, 2015, p. 862). Il est donc logique de penser que l'incohérence vécue dans les premières relations significatives de l'enfant soit par la suite généralisée dans ses relations avec d'autres personnes (amis, amoureux, collègues de travail), mais aussi dans sa relation avec lui-même (perturbation de l'identité, impulsivité, labilité émotionnelle).

Au plan de la psychothérapie, l'incohérence parentale probablement vécue par les patients ayant un TPB pourrait expliquer le caractère très mobilisant et instable de la relation qui se développe entre ce type de patients et leurs thérapeutes. D'une part, il a souvent été observé que les patients borderlines ont une attitude paradoxale face aux relations interpersonnelles, désirant et craignant à la fois l'intimité relationnelle, qu'ils ont souvent vécue comme de l'intrusion (Holm & Severinsson, 2010), ou encore en raison de leur haine de soi, qui leur fait penser qu'ils ne méritent pas d'être aimés (Perseius, Ekdahl, Asberg, & Samuelsson, 2005). Dans le même ordre d'idées, la tendance fréquente de plusieurs de ces patients à consulter de nombreux intervenants l'un à la suite de l'autre, malgré les déceptions précédentes (Perseius et al., 2005), témoigne d'un espoir tenace d'être sauvé par l'autre. Nous faisons l'hypothèse que cet espoir tire sa source du patron de relations incohérentes vécues avec le parent, qui fut à *certain moments* disponible et adéquat. On pourrait ainsi voir le comportement interpersonnel de ces patients borderlines comme la tentative de retrouver ce bon parent qui pourrait refaire surface à tout moment. Ce patron relationnel correspond également à l'attachement adulte ambivalent/préoccupé, qui comprend une perception négative de soi et une perception positive d'autrui, et qui constitue d'ailleurs l'un de types d'attachement les plus fréquemment retrouvés¹⁶ chez les adultes ayant un TPB (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004).

¹⁶ Plus précisément, l'attachement ambivalent/préoccupé est la classification secondaire qu'on ajoute le plus fréquemment à l'attachement non résolu chez les adultes borderlines (Agrawal et al., 2004). L'attachement non résolu est l'équivalent à l'âge adulte de l'attachement désorganisé chez l'enfant dont nous avons discuté précédemment. Comme l'expliquent Agrawal et ses collègues, "since an unresolved classification is understood as indicating a collapse of strategy—as seen in the failure to use a single, consistent strategy over the course of the interview—the secondary classification is used to indicate the best guess as to the strategy that has failed" (2004, p. 96).

D'autre part, les attitudes contradictoires des cliniciens à l'égard de ces patients sont bien documentées : les professionnels en santé mentale alternent souvent entre un désir de sauver ces patients et de les rejeter (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008) et se sentent moins satisfaits dans leur rôle thérapeutique malgré leur désir constant de venir en aide à ces patients (Bourke & Grenyer, 2010). L'analyse du transfert et du contre-transfert serait certainement utile pour tenter d'identifier le patron d'incohérence perçue par le patient dans ses premières relations significatives, patron pouvant se poursuivre actuellement. L'alternance entre un surinvestissement et un sous-investissement dans la relation avec le patient peut ainsi être expérimentée par le thérapeute, qui pourra tenter de mettre en mots cette dynamique rejouée dans l'espace thérapeutique.

3.4 Implications pour la recherche future

En ce qui concerne les projets de recherche à venir sur la RPE dans le TPB, il semble impératif de s'intéresser davantage au concept d'incohérence parentale, en le considérant comme un processus dynamique pouvant prendre plusieurs formes. Cette conceptualisation influencerait donc la manière de mesurer la RPE. Plutôt que de mesurer la qualité de la RPE par divers concepts « en vase clos » et de manière rétrospective, nous suggérons de formuler des items décrivant au moins deux types de comportements ou d'attitudes parentales (émotion, comportement, discours) se contredisant simultanément ou séquentiellement et de les mesurer de manière contemporaine. On pourrait ainsi dans un premier temps vérifier empiriquement si l'incohérence parentale perçue est significativement plus fréquente et intense chez les participants, adultes ou adolescents, ayant un TPB que chez ceux ayant un autre trouble de personnalité. Si ces études transversales s'avèrent concluantes, on pourrait dans un deuxième

temps effectuer des études longitudinales et vérifier par exemple si l'incohérence parentale observée ou auto-rapportée durant l'enfance ou l'adolescence prédit le développement du TPB et/ou d'autres troubles de personnalité à long terme.

Pour une population adulte, le questionnaire développé par Allen et ses collègues (2005) serait un bon outil à utiliser en ce sens (voir l'annexe de cet article pour accéder au questionnaire). Il faudrait toutefois probablement adapter ce questionnaire afin de l'utiliser auprès d'adolescents et d'enfants. De même, un questionnaire auto-rapporté d'incohérence parentale pourrait être développé afin d'obtenir le point de vue des parents eux-mêmes. Sinon, des journaux de bord pourraient être utilisés auprès d'adolescents ou de jeunes adultes présentant un TPB et leurs parents afin de documenter de manière quotidienne et contemporaine leurs interactions. On pourrait demander aux participants de prêter une attention particulière aux changements et variations dans leurs interactions. Ce genre d'études permettrait ainsi de documenter les manifestations de l'incohérence dans l'interaction parent-enfant et de connaître l'expérience subjective des participants au moment où les interactions surviennent. .

Conclusion

Les trois idées suivantes résument les conclusions principales de cette thèse. Premièrement, l'adversité relationnelle vécue par des adultes ayant un TPB et leurs parents peut prendre de multiples facettes, qu'il s'agisse d'un manque d'affection, d'un contrôle élevé, de diverses formes de maltraitance, d'invalidation émotionnelle ou d'impuissance parentale marquée face à la détresse de l'enfant. Deuxièmement, il est essentiel de considérer le tempérament et son interaction unique avec les comportements parentaux pour comprendre les trajectoires développementales menant au TPB. Une RPE dysfonctionnelle ne sera pas nécessairement

associée au développement d'une psychopathologie chez l'enfant : certains enfants se montreront plutôt résilients face à l'adversité relationnelle qu'ils auront vécue. Cependant, d'autres enfants présentant une plus grande susceptibilité à leur environnement risquent davantage d'être affectés par des dysfonctions, même mineures, de la RPE. Ainsi, l'expérience subjective de l'enfant demeure un facteur déterminant de l'impact qu'aura un événement sur celui-ci, autant sinon plus que l'événement en soi.

Troisièmement, l'incohérence parentale est un aspect de la RPE qui semble davantage spécifique au TPB et qui peut être conceptualisée comme un processus dynamique pouvant se manifester de diverses façons : humeur imprévisible du parent, contradictions dans le discours parental, alternance entre un surinvestissement et un sous-investissement parental, incohérence entre ce qu'un parent dit ou ce qu'il pense/ressent véritablement, etc. L'attachement désorganisé représente quant à lui une forme extrême de RPE incohérente, où le parent représente à la fois une source de sécurité et de menace pour l'enfant et où l'enfant finit par adopter graduellement des comportements de contrôle afin de structurer l'interaction avec son parent désorienté et apeuré dans l'intimité relationnelle. Il apparaît essentiel que les recherches à venir sur le TPB portent sur une investigation plus poussée de l'incohérence parentale, en tenant notamment compte de la conceptualisation dynamique présentée précédemment pour le choix et l'élaboration des instruments de mesure.

Références

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10673220490447218>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd. ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Allen, D. M., Abramson, H., Whitson, S., Al-Taher, M., Morgan, S., Veneracion-Yumul, A., . . . Mason, M. (2005). Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 340-352. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.01.003>
- Allen, D. M., & Farmer, R. G. (1996). Family relationships of adults with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 43-51.
- Bezirgianian, S., Cohen, P., & Brook, J. S. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1836-1842.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 680-691. doi: 10.1080/10503307.2010.504242

- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Goodman, M., Patel, U., Oakes, A., Matho, A., & Triebwasser, J. (2013). Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 764-782. doi: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2013_27_111
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Diamond, E., Hiller, A., Hoffman, P., . . . New, A. (2010). Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 24(2), 204-216. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2010.24.2.204>
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Graybar, S. R., & Boutilier, L. R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 152-162. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.152>
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Gunderson, J. G., & Lyoo, I. K. (1997). Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 272-278. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/10673229709030553>

- Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process, 39*(3), 345-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39306.x>
- Guttman, H. A., & Laporte, L. (2002). Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 24*(3), 505-521. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1019871417951>
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing & Health Sciences, 12*(1), 52-57. doi: [10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x)
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development, 6*(2), 181-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- Hurrell, K. E., Houwing, F. L., & Hudson, J. L. (2017). Parental meta-emotion philosophy and emotion coaching in families of children and adolescents with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(3), 569-582. doi: [10.1007/s10802-016-0180-6](http://dx.doi.org/10.1007/s10802-016-0180-6)
- Katz, L. F., & Hunter, E. C. (2007). Maternal meta-emotion philosophy and adolescent depressive symptomatology. *Social Development, 16*(2), 343-360. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00388.x>
- Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., & Russell, J. (2011). Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 448-462. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.448>

- Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., Russell, J., & Correa, J. A. (2012). Using a sibling design to compare childhood adversities in female patients with BPD and their sisters. *Child Maltreatment, 17*(4), 318-329. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559512461173>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual, 2nd ed.* New York, NY, US: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Brumariu, L. E., Bureau, J.-F., Hennighausen, K., & Holmes, B. (2015). Role confusion and disorientation in young adult-parent interaction among individuals with borderline symptomatology. *Journal of Personality Disorders, 29*(5), 641-662. doi: 10.1521/pedi_2014_28_165
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.-F., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research, 206*(2-3), 273-281. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>
- Masten, A. S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development, 30*(1), 47-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0165025406059974>
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psychoanalysis, 56*(2), 163-177.
- Perseus, K.-I., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano: Patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*(4), 160-168. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2005.05.001>

- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience—Clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Rutter, M., & Sroufe, L. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400003023>
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387-398. doi: 10.1037/abn0000033
- Smith, J. A. (1999). Towards a relational self: Social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood. *British Journal of Social Psychology*, 38(4), 409-426. doi: 10.1348/014466699164248
- Wong, M. S., Diener, M. L., & Isabella, R. A. (2008). Parents' emotion related beliefs and behaviors and child grade: Associations with children's perceptions of peer competence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(3), 175-186. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2008.02.003>
- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., & Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1120-1134. doi: 10.1037/abn0000165
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline

patients. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 264-273. doi:

<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.264>

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R., & et al. (1997). Reported

pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.

Annexe I – Tableaux supplémentaires de la première étude

Tableau V. Table S1 – Results of Perspective of BPD Probands Studies

Authors (year) Country	Summary of results
Allen et al. (2005)	-Conflicting responses for the first parental figure: BPD and ST-BPD > PC and NC
USA	-Appropriate responses for the first parental figure: BPD and ST-BPD < PC and NC
Arens, Grabe, Spitzer & Barnow (2011)	-Maternal overprotection: BPD > NC, BPD = DEP
Germany	
Baker, Silk, Westen, Nigg & Lohr (1992)	-Maternal nurturance: BPD < NC, BPD = MDD
USA	-Paternal nurturance: BPD < NC and MDD
	-Maternal aggressiveness: BPD > NC, BPD = MDD
	-Paternal dominance: BPD < NC, BPD = MDD

Bandelow, Krause, Wedekind,	-Parental restrictiveness of autonomy: BPD > NC
Broocks, Hajak & Ruther	-Parental love and care: BPD < NC
(2005)	-Maternal aggressiveness: BPD = NC
Germany	-Paternal dominance: BPD > NC
Byrne, Velamoor, Cernovsky,	-Maternal care: BPD < NC, BPD < SZ
Cortese & Losztyn (1990)	-Paternal care: BPD < NC, BPD = SZ
Canada	-Maternal overprotection: BPD > NC, BPD = SZ
	-Paternal overprotection: BPD > NC, BPD > SZ
	-Frequency of maternal and paternal violence to child: BPD = SZ
Dubo, Zonarini, Lewis &	-Inconsistent treatment by a caretaker: BPD = OPD
Williams, 1997	-Non significant differences between BPD and OPD for all 12 abuse and neglect variables
USA	measured in Zonarini and colleagues' studies (1997, 2000a)
Fletcher, Parker, Bayes,	-Maternal indifference, parental over-control, and parental abuse: BPD > BiD-II
Paterson & McClure (2014)	-Paternal indifference: BPD = BiD-II
Australia	

Fossati, Donati, Donini, Novella, Bagnato & Maffei (2001) Italy	-Parental care: BPD < NoPD, BPD = CB and CAC -Parental overprotection: BPD = NoPD, CB and CAC
Frank & Hoffman (1986) Canada	-Parental nurturance, affection, principled discipline: BPD < NEU -Parental protectiveness, power, neglect, expressive rejection: BPD = NEU
Ghiassi, Dimaggio & Brune (2010) Germany	-Parental rejection and punishment: BPD > NC -Parental emotional warmth: BPD < NC -Parental control and overprotection: BPD = NC
Goldberg, Mann, Wise & Segall (1985) USA	-Parental care: BPD < PC and NC -Parental overprotection: BPD = PC, BPD > NC
Guttman & Laporte (2002) Canada	-Paternal care: BPD < AN and NC -Maternal care: BPD < NC, BPD = AN

	-Paternal overprotection: BPD = NC and AN
	-Maternal overprotection: BPD > NC, BPD = AN
Hayashi, Suzuki & Yamamoto (1995) Japan	-Parental care: BPD < PC -Parental overprotection: BPD = PC -Parental neglect and hostility: BPD > PC
Heffernan and Cloitre (2000) USA	-Physical or verbal abuse by father: PTSD = BPD+PTSD -Moderate to severe physical abuse by mother and severe verbal abuse by mother: BPD+PTSD > PTSD
Helgeland & Torgersen (1997) Norway	-Maternal care: BPD < NC, BPD = SZ -Maternal overprotection: BPD > NC, BPD = SZ -Affectionless control maternal style: BPD = SZ
Hernandez, Arntz, Gaviria, Laba & Gutierrez-Zotes (2012) Spain	-Parental care: BPD = OPD and NoPD -Parental overprotection: BPD = OPD and NoPD

Huang, Napolitano, Wu, Yang,	¹ -Parental emotional warmth: BPD < OPD ¹⁷
Xi, Li, & Li (2014)	-Parental rejection and punishment: BPD > OPD and NoPD
China	-Maternal control and overprotection: BPD > NoPD
Joyce et al., (2003)	Lower parental care ↑ BPD and AvPD
USA	
Katerndahl, Burge & Kellogg (2005)	Using a regression analysis including multiple sexual abuse parameters, household composition and familial violence variables, none of the 4 PBI subscales predicted BPD diagnosis
USA	
Laporte & Guttman (2007)	-Parental care: BPD < NC and AN
Canada	- Parental denial of psychological autonomy: BPD > NC, BPD = AN
	-Maternal denial of behavioral freedom: BPD > NC, BPD = AN, AN > NC
	-Paternal denial of behavioral freedom: BPD > NC and AN

¹⁷ We dealt with the multiple comparisons by reporting exclusively significant results that stood the test of a Bonferroni correction ($p < .0015$).

	-Lack of maternal care, lack of paternal care, paternal denial of behavioral freedom → BPD diagnosis
Machizawa-Summers (2007)	-Parental care: BPD < NoPD
Japan	-Parental overprotection: BPD > NoPD -Paternal protection → BPD diagnosis
Merza, Papp & Szabó (2015)	-Neglect by caretaker, for all developmental periods (0-6 yrs, 7-12 yrs and 13-18 yrs): BPD > MDD, BPD > NC
Hungary	-Sexual abuse by father/male caretaker: BPD > MDD
Paris, Zweig-Frank & Guzder (1993)	-Parental care: BPD = BPD-Life -Parental overprotection: BPD = BPD-Life
Canada	
Paris, Zweig-Frank & Guzder (1994a)	-Physical abuse by caretaker: BPD > OPD -Physical abuse by caretaker not a significant predictor of BPD, only CSA → BPD
Canada	

Paris, Zweig-Frank & Guzder (1994b) Canada	-CSA by father and by all caretakers combined: BPD > OPD -Physical abuse by father: BPD > OPD
Schwarze, Hellhammer, Stroehle, Lieb & Mobascher (2015) Germany	-Maternal care: BPD < NC -Maternal overprotection: BPD > NC
Timmerman & Emmelkamp (2005) Netherlands	-Parental care: BPD > CB -Less maternal and paternal care, more maternal and paternal overprotection ↔ BPD diagnosis
Torgersen & Alnaes (1992) Norway	-Parental care: BPD < OPD and NoPD, BPD = SZT -Maternal overprotection: BPD > NoPD and SZT, BPD = OPD -Paternal overprotection: BPD > NoPD, BPD = OPD and SZT

Zanarini et al. (1997) and	(1997)
Zanarini et al. (2000a)	Variables ¹⁸ measured for <i>at least one</i> caretaker:
USA	<p>-Emotional abuse, physical abuse, emotional withdrawal, denial of patient's feelings, placing patient in parental role, inconsistent treatment and failure to protect patient: BPD > OPD</p> <p>-Female full-time caretaker's inconsistent treatment , male caretaker's denial of patient's feelings → BPD diagnosis</p>
	(2000)
	Variables ¹⁹ measured for <i>both</i> caretakers:
	<p>Verbal abuse, any biparental abuse, any biparental neglect, combined female caretaker abuse and male caretaker neglect, combined female caretaker neglect and male caretaker and any biparental failure: BPD > OPD</p>

¹⁸ Using a Bonferroni correction for multiple comparisons (statistical significance lowered to $p < .003$) for both studies, only significant results are presented.

¹⁹ Zanarini and colleagues (1997) had used a Bonferroni correction, but Zanarini and colleagues (2000) had not, while using the exact same sample and making almost the same number of multiple comparisons (16 instead of 15). We thus decided to use the corrected p-value for the Zanarini and colleagues (2000) data in order to compare results obtained in both studies. Only significant results with this corrected p-value ($p < .003$) are presented

Zanarini, Gunderson, Marino,	-Inconsistent treatment by caretaker: BPD = AnPD and D-OPD
Schwartz & Frankenburg	-Childhood history of abuse by caretaker (physical, verbal, sexual): BPD > D-OPD and AnPD
(1989)	-Verbal abuse by caretaker: BPD > D-OPD and AnPD
USA	-Sexual abuse by caretaker: BPD > D-OPD, BPD = AnPD
	-Physical abuse by caretaker: BPD = D-OPD and AnPD
	-Physical neglect: BPD = D-OPD and AnPD
	-Any type of neglect and emotional withdrawal by caretaker: BPD = D-OPD, BPD > AnPD
Zweig-Frank & Paris (1991)	-Parental care: BPD < PC
Canada	-Parental overprotection: BPD > PC
Zweig-Frank & Paris (2002)	PBI subscales ↔ DIB-R N.S.
Canada	

Note. AN = Anorexia nervosa diagnosis; AvPD = Avoidant personality disorder; BiD-dep = Bipolar disorder – depressed condition; BiD-II = Bipolar II disorder; BPD = Borderline personality disorder; BPD-Life = Participants who met the criteria for lifetime BPD but who no longer had the diagnosis; BPD-NA: Borderline personality disorder with no reported childhood abuse; BPD-PA = Borderline personality disorder with reported parental physical and/or sexual abuse; BSI = Borderline Syndrome Index; CAC = Cluster A or C personality disorder patients; CB = Cluster B personality disorder patients; C-D = community-drawn; D-OPD =

Dysthymic participants with other personality disorder; DEP = Depressive disorder; DIB = Diagnostic Interview for Borderline; DIB-2 = Diagnostic Interview for Borderline (second edition); DIB-R = Revised Diagnostic Interview for Borderlines; DIPD = Diagnostic Interview for Personality Disorders; DIPD-R = Revised Diagnostic Interview for Personality Disorders; DIS = Diagnostic Interview Schedule; CSA = Childhood sexual abuse; FPI = Forensic psychiatric inpatients; IN = Inpatients; IPDE = International Personality Disorder Examination; LBSI = Lifetime Borderline Symptom Inventory; LIDR = Linking Interview with Diagnostic Rules Manual; MDD = Major depressive disorder; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory; N/A = non available information; NC = Normal controls; NEU = Neurotic controls; NEU-PD = Neurotic and other personality disorder controls; NPD = Narcissistic personality disorder; NoPD²⁰ = Participants with no personality disorder diagnosis ; OPD = Participants with other personality disorders controls; OUT = outpatients; PBI = Parental Bonding Inventory; PC⁴ = Psychiatric controls; PDQ-R = Personality Disorder Questionnaire – Revised; PIP = Physician Interview Program; Pr = Prisoners; PTSD = Post traumatic stress disorder; SCID-II= Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; SIPD = Structured Interview for DSM-III, axis II personality disorders; ST-BPD = Subthreshold for borderline personality disorder; SZ = Schizophrenia; SZT = Schizotypal personality disorder; UniD = Major depression (unipolar).

²⁰ As opposed to psychiatric controls, participants with no personality disorders were patients formally evaluated for Axis II diagnoses and who did not receive any personality disorder (PD) diagnosis. Hence, the presence of PD other than BPD was not officially ruled out for psychiatric controls in Goldberg and colleagues (1995) and Zweig-Frank & Paris (1991) studies.

Tableau VI. Table S2 – Results of Perspective of Parents of BPD Probands Studies

Authors (year) Country	Summary of specific results
Bezirgianian, Cohen & Brook (1993) USA	<p>-Maternal overinvolvement X maternal inconsistency → BPD</p> <p>-Parent-child interaction rated by mother (punishment, closeness, involvement, discipline) → BPD N.S.</p> <p>-Maternal overinvolvement →HPD</p>
Goodman et al. (2010) USA	<p>Only findings related to relational²¹ variables are presented for both studies.</p> <p>-Moodiness in infancy and toddlerhood: BPD > Non-BPD sisters</p> <p>-Conflict with authority, difficult temperament, unusual sensitivity, and moodiness in childhood</p>

²¹ MEB and SL determined that the following variables were relevant to the aims of the present review: inconsolable, excessive anxiety separation, unusual sensitivity, moodiness, conflict with authority, difficult temperament, verbally abusive, verbal outbursts, aggression, outburst and lying. Other variables were eliminated since they could not be associated at all with the parent-child relationship (i.e., “social delay in preschool”, “bully victim”) and/or represented diagnostic criteria (for example, “anorexia”, “learning disability”).

	<p>-Verbal abuse and aggression in adolescence: BPD > Non-BPD sisters</p> <p>-Moodiness in infancy and toddlerhood, sensitivity and moodiness in childhood, and moodiness in adolescence → BPD when controlling for age and household income</p>
<p>Goodman, Patel, Oakes, Matho & Triebwasser (2013)</p> <p>USA</p>	<p>-Lying, verbal outbursts, conflict with authority, unusual sensitivity in childhood: BPD > Non-BPD brothers</p> <p>-Aggression, moodiness, sensitivity, lying and outbursts in adolescence: BPD > non BPD brothers</p> <p>-Stepwise logistic regressions controlling for age and household income:</p> <p>-<i>Infancy and toddlerhood</i>: Excessive separation anxiety, inability to self-soothe, unusual sensitivity → BPD diagnosis</p> <p>-<i>Childhood</i>: Unusual sensitivity, lying → BPD</p> <p>-<i>Adolescence</i>: Lying → BPD</p> <p>-<i>All developmental periods</i>: Infant excessive separation anxiety → BPD</p>

Note. Axis-I = Axis-I disorder; BPD = Borderline personality disorder; CAC = Cluster A or C personality disorder patients; CB = Cluster B personality disorder patients; CD = Conduct disorder; C-D = Community-drawn; HPD = Histrionic personality disorder;

MSI-BPD = McClean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder; NPD = Narcissistic personality disorder; SCID-II= Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; SIPD = Structured Interview for DSM-III, axis II personality disorders.

Tableau VII. Table S3 – Results of Perspective of Family Studies

Authors (year) Country	Summary of significant results
Gunderson and Lyoo (1997) USA	<p>-BPD daughters had a negative perception of their parents (low parental affective involvement and incoherent parental values and norms)</p> <p>-Their parents had a normative perception of themselves on these two subscales</p>
Guttman & Laporte (2000) Canada	<p>Maternal and paternal empathy directed toward the daughter:</p> <p>-BPD families < AN and NC families</p> <p>-BPD mothers < BPD fathers (only for paternal empathy)</p> <p>-AN and NC daughters < AN and NC mothers and fathers</p> <p>-All daughters < all parents (only for maternal empathy)</p>

Guttman & Laporte (2002)	-Maternal care: BPD daughters < mother of BPD daughters
Canada	-Paternal care: BPD daughters < fathers of BPD daughters, NC daughters < mothers of NC daughters, parents of BPD women < parent's of AN and NC daughters
*also presented in Table 1	-Maternal overprotection: BPD daughters > mother of BPD daughters, AN daughters > mother of AN daughters
Laporte, Paris, Guttman & Russell (2011)	Maternal care: BPD > BPD sisters
Canada	Maternal care → DIB-R n.s.
Laporte, Paris, Guttman, Russell & Correa (2012)	-Maternal care: BPD > Non-BPD sisters
Canada	-Type of perpetrator of physical, sexual and emotional abuse, and physical neglect: BPD = Non-BPD sisters

Note. AN = Anorexia nervosa diagnosis; BPD = Borderline personality disorder; C-D = Community-drawn; DIB-R = Revised Diagnostic Interview for Borderlines; DIPD = Diagnostic Interview for Personality Disorders (1987 version); DIPD-IV = Diagnostic Assessment for Personality Disorders (1996 version); IN = Inpatients; N/A = Non available information; NC = Normal controls; OUT = Outpatients.

Annexe II – Formulaire de consentement

II.1 Formulaire de consentement des filles

Titre du projet : L'expérience de la relation mère-fille dans le trouble de personnalité borderline

Chercheuse: Marie-Ève Boucher, B. Sc., étudiante au Ph.D recherche-intervention en psychologie clinique, Département de psychologie, Université de Montréal

Directeur : Serge Lecours, Ph.D, Département de psychologie, Université de Montréal

A. RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre l'expérience de la relation mère-fille lorsque la fille présente un trouble de personnalité borderline. Plus précisément, ce projet vise à comprendre comment la mère et la fille perçoivent chacune cette relation et à déterminer les ressemblances et les différences entre ces deux points de vue.

2. Participation à la recherche

Votre participation à ce projet se fera en deux étapes. Premièrement, vous devrez faire une entrevue d'évaluation avec une assistante de recherche afin de confirmer la présence du trouble de personnalité borderline et d'obtenir un portrait global de votre santé mentale. Cette première étape devrait durer environ 1h30 et consistera en la passation d'un questionnaire sociodémographique puis l'entrevue en tant que telle. Vous pourrez déterminer le lieu et le moment de l'entrevue d'évaluation avec l'assistante de recherche. L'entrevue d'évaluation sera enregistrée sur support audio. Deuxièmement, votre participation consistera à faire une entrevue d'environ 1h avec la chercheuse principale afin de discuter de votre relation avec votre mère, de votre perception de vous-même et de votre mère et de votre façon de vous expliquer l'origine de votre trouble de personnalité borderline. Cette entrevue sera aussi enregistrée sur support audio. Une fois l'entrevue terminée, vous aurez à remplir deux questionnaires portant sur votre perception de votre mère et de votre climat familial. Nous vous demandons de ne pas discuter avec votre mère de vos réponses à l'entrevue avant que celle-ci n'ait complété sa participation au projet. Finalement, il est possible que plusieurs mois après votre participation, la chercheuse principale vous contacte afin de vous rencontrer à nouveau et discuter des résultats du projet. Pour cette rencontre, la chercheuse principale choisira au hasard certaines participantes avec qui elle s'entretiendra afin d'enrichir sa compréhension de l'expérience de la relation mère-fille. Vous serez bien sûr libre d'accepter ou de refuser de participer à cette dernière étape.

3. Critères d'exclusion

Vous ne pouvez pas participer à l'étude dans l'un des deux cas suivants :

- l'entrevue d'évaluation révèle que nous ne présentons pas de trouble de personnalité borderline;
- vous ne pouvez pas vous exprimer verbalement en français.

4. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participante à la recherche se verra attribuer un numéro et seuls la chercheuse et son équipe auront la liste des participantes et des numéros correspondants. De plus, les données seront conservées sous clé dans un lieu sûr. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

Seuls des extraits de votre entrevue seront présentés dans le cadre de présentations dans un congrès de recherche ou dans un article scientifique. Un pseudonyme vous sera chaque fois attribué. Il se pourrait que les extraits soient présentés par dyade, c'est-à-dire que les extraits de votre entrevue seraient présentés avec ceux de l'entrevue de votre mère, afin de les comparer par rapport à un thème en particulier. Dans un tel cas, si votre mère lisait l'article présentant les résultats du projet, il se pourrait qu'elle puisse identifier les extraits provenant de son entrevue et par conséquent les extraits provenant de la vôtre. Bien que les chances que votre mère lise un tel article et qu'elle vous reconnaisse soient minimales, elles existent et c'est pourquoi nous vous en informons afin que vous puissiez faire un choix éclairé.

5. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de la relation mère-fille dans le trouble de personnalité borderline. Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent susciter chez vous des émotions négatives, telles de la colère, de la tristesse ou de l'anxiété. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Si jamais vous sentiez le besoin de discuter plus amplement de votre expérience suite à l'entrevue, vous pouvez contacter Serge Lecours, psychologue clinicien d'expérience, au (514) 343-2333, pour une consultation sans frais.

6. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche après l'entrevue, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale, au numéro de téléphone indiqué ci-dessous. À votre demande, les renseignements qui auront été recueillis jusqu'au moment de votre retrait pourront aussi être détruits.

7. Indemnité

Aucune indemnité ou rémunération ne vous sera versée pour votre participation à ce projet de recherche.

B. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et je n'ai pas d'autres questions concernant ce projet ainsi que ma participation.

Je consens librement à prendre part à cette recherche et je sais que je peux me retirer en tout temps sans avoir à justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

*Je consens à être éventuellement contactée de nouveau
à l'avenir pour participer à d'autres recherches.*

Oui ☐ Non ☐

No. de téléphone : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Marie-Ève Boucher au numéro de téléphone (514) 343-6111 poste 3826 ou à l'adresse courriel marie-eve.do.boucher@umontreal.ca

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

II.2 Formulaire de consentement des mères

Titre du projet : L'expérience de la relation mère-fille dans le trouble de personnalité borderline

Chercheuse: Marie-Ève Boucher, B. Sc., étudiante au Ph.D recherche-intervention en psychologie clinique, Département de psychologie, Université de Montréal

Directeur : Serge Lecours, Ph.D, Département de psychologie, Université de Montréal

A. RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

8. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre l'expérience de la relation mère-fille lorsque la fille présente un trouble de personnalité borderline. Plus précisément, ce projet vise à comprendre comment la mère et la fille perçoivent chacune cette relation et à déterminer les ressemblances et les différences entre ces deux points de vue.

9. Participation à la recherche

Votre participation à ce projet consistera à faire une entrevue d'environ 1h avec la chercheuse principale afin de discuter de votre relation avec votre fille, de votre perception de vous-même et de votre fille et de la façon dont vous expliquez comment votre fille a pu développer un trouble de personnalité borderline. Cette entrevue sera enregistrée sur support audio. Une fois l'entrevue terminée, vous aurez à remplir un court questionnaire sociodémographique, un questionnaire sur votre état psychologique actuel ainsi que deux questionnaires portant sur votre perception de vous-même en tant que mère et de votre milieu familial. Nous vous demandons de ne pas discuter avec votre fille de vos réponses à l'entrevue avant que celle-ci n'ait complété sa participation au projet. Finalement, il est possible que plusieurs mois après votre participation, la chercheuse principale vous contacte afin de vous rencontrer à nouveau et de discuter des résultats du projet. Pour cette rencontre, la chercheuse principale choisira au hasard certaines participantes avec qui elle s'entretiendra afin d'enrichir sa compréhension de l'expérience de la relation mère-fille. Vous serez bien sûr libre d'accepter ou de refuser de participer à cette dernière étape.

10. Critères d'exclusion

Vous ne pouvez pas participer à l'étude dans l'un des deux cas suivants :

-l'entrevue d'évaluation de votre fille révèle que celle-ci ne présente pas de trouble de personnalité borderline;

-vous ne pouvez pas vous exprimer verbalement en français.

11. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participante à la recherche se verra attribuer un numéro et seuls la chercheuse et son équipe auront la liste des participantes et des numéros correspondants. De plus, les données seront conservées sous clé dans un lieu sûr. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

Seuls des extraits de votre entrevue seront présentés dans le cadre de présentations dans un congrès de recherche ou dans un article scientifique. Un pseudonyme vous sera chaque fois attribué. Il se pourrait que les extraits soient présentés par dyade, c'est-à-dire que les extraits de votre entrevue seraient présentés avec ceux de l'entrevue de votre fille, afin de les comparer par rapport à un thème en particulier. Dans un tel cas, si votre fille lisait l'article présentant les résultats du projet, il se pourrait qu'elle puisse identifier les extraits provenant de son entrevue et par conséquent les extraits provenant de la vôtre. Bien que les chances que votre fille lise un tel article et qu'elle vous reconnaisse soient minimales, elles existent et c'est pourquoi nous vous en informons afin que puissiez faire un choix éclairé.

12. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de la relation mère-fille dans le trouble de personnalité borderline. Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent susciter chez vous des émotions négatives, telles de la colère, de la tristesse ou de l'anxiété. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Si jamais vous sentiez le besoin de discuter plus amplement de votre expérience suite à l'entrevue, vous pouvez contacter Serge Lecours, psychologue clinicien d'expérience, au (514) 343-2333, pour une consultation sans frais.

13. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche après l'entrevue, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale, au numéro de téléphone indiqué ci-dessous. À votre demande, les renseignements qui auront été recueillis jusqu'au moment de votre retrait pourront aussi être détruits.

14. Indemnité

Aucune indemnité ou rémunération ne vous sera versée pour votre participation à ce projet de recherche.

B. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et je n'ai pas d'autres questions concernant ce projet ainsi que ma participation.

Je consens librement à prendre part à cette recherche et je sais que je peux me retirer en tout temps sans avoir à justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

*Je consens à être éventuellement contactée de nouveau
à l'avenir pour participer à d'autres recherches.*

Oui ☐ Non ☐

No. de téléphone : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Marie-Ève Boucher au numéro de téléphone (514) 343-6111 poste 3826 ou à l'adresse courriel marie-eve.do.boucher@umontreal.ca

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Annexe III – Instruments de mesure de la seconde étude

III.1 Plan d’entrevue semi-dirigée pour la fille

1. Parlez-moi de vous.
 - a. Comment vous décririez-vous comme personne, en général? Au niveau de vos relations? Quel genre de fille êtes-vous?
2. Comment décririez-vous votre mère?
3. Comment décririez-vous votre père? Comment était/est-il avec vous? Et avec votre mère?
4. Parlez-moi de votre relation actuelle avec votre mère.
 - a. Question de relance (si parle trop de sa mère et pas assez de son expérience personnelle) : vous m’avez beaucoup décrit comment est votre mère avec vous, mais ce qui m’intéresse, c’est ce que vous ressentez, ce que vous pensez de votre relation avec elle.
 - b. Si question trop abstraite pour la participante : parlez-moi d'une interaction récente avec votre mère dont vous vous souvenez bien OU comment ça s’est passé la dernière fois que vous l’avez vue? Avez-vous d’autres moments en tête?
5. Parlez-moi de votre relation passée avec votre mère.
 - a. Si question trop abstraite pour participante : avez-vous des souvenirs de certains moments passés avec votre mère lorsque vous étiez petite?
6. Selon vous, quelles ressemblances y a-t-il entre votre mère et vous?

7. Selon vous, quelles différences y a-t-il entre votre mère et vous?
8. (si fratrie) Comment comparez-vous votre relation avec votre mère à celles qu'ont eues vos frères et sœurs avec elle?
9. Comment expliquez-vous que vous ayez un trouble de personnalité borderline?

III.2 Plan d'entrevue semi-dirigée pour la mère

1. Parlez-moi de vous.
 - a. Comment vous décririez-vous comme personne, en général? Au niveau de vos relations? Quel genre de mère êtes-vous?
2. Comment décririez-vous votre fille?
3. Comment décririez-vous votre conjoint/le père de votre fille? Comment était/est-il avec elle? Et avec vous?
4. Parlez-moi de votre relation actuelle avec votre fille.
 - a. Question de relance (si parle trop de sa fille et pas assez de son expérience personnelle): vous m'avez beaucoup décrit comment est votre fille avec vous, mais ce qui m'intéresse, c'est ce que vous ressentez, ce que vous pensez de votre relation avec elle.
 - b. Si question trop abstraite pour la participante : parlez-moi d'une interaction récente avec votre fille, dont vous vous souvenez bien OU comment ça s'est passé la dernière fois que vous l'avez vue? Avez-vous d'autres moments en tête?
5. Parlez-moi de votre relation passée avec votre fille.
 - a. Si question trop abstraite pour la participante : avez-vous des souvenirs de certains moments passés avec votre fille lorsqu'elle était petite?

6. Selon vous, quelles ressemblances y a-t-il entre votre fille et vous?
7. Selon vous, quelles différences y a-t-il entre votre fille et vous?
8. (si fratrie) Comment comparez-vous votre relation avec votre fille à celle(s) que vous avez eue(s) avec votre (vos) autre(s) enfant(s)?
9. Comment expliquez-vous que votre fille ait un trouble de personnalité borderline?

III.3 Profil sociodémographique

1. Âge :
2. Langue maternelle :
3. Pays d'origine :
Si autre pays que Canada, en quelle année êtes-vous arrivée au Canada ?.....
4. Niveau d'éducation plus élevé complété :
 - ☐ Primaire incomplet
 - ☐ Primaire
 - ☐ Secondaire
 - ☐ Collégial ou équivalent
 - ☐ Baccalauréat
 - ☐ Maîtrise
 - ☐ Doctorat
 - ☐ Autre :
5. État civil :
 - ☐ Célibataire
 - ☐ Célibataire, mais en relation
 - ☐ Mariée, depuis
 - ☐ Conjointe de fait depuis
 - ☐ Divorcée
 - ☐ Divorcée, mais dans une nouvelle relation
 - ☐ Veuve
 - ☐ Veuve, mais dans une nouvelle relation
6. Combien avez-vous d'enfants ?

7. Avez-vous des frères et sœurs?.....
- a. Si oui, nombre de frères?.....
- b. Si oui, nombre de sœurs?.....
- c. Si oui, décrivez l'ordre de naissance des enfants de votre famille (par exemple :
frère 1, moi, frère 2, sœur 1) :
.....
8. Avec qui vivez-vous (seule, conjoint, enfants, etc.) ?
9. Quelle est votre occupation ?
10. Statut d'emploi :
- ☐ Travailleuse à temps plein
 - ☐ Travailleuse à temps partiel
 - ☐ Présentement sans emploi
 - ☐ Présentement en arrêt de travail
 - ☐ Au foyer
 - ☐ Retraitée
 - ☐ Étudiante
 - ☐ Autre :

III.4 Profil psychologique

1. Avez- vous déjà obtenu un diagnostic de santé mentale? Si oui lequel?.....
- a. Si oui, date du diagnostic/des diagnostics ? :
- b. Qui a fait le(s) diagnostic(s)?.....
- c. Utilisation de tests psychométriques pour faire le(s) diagnostic(s)?.....
2. Avez-vous déjà consulté en psychologie?.....
- a. Si oui, combien de thérapies différentes?.....
- b. Nombre de séances par thérapie?.....
3. Prenez-vous de la médication pour améliorer votre humeur?.....

a. Si oui, quel type (cochez tout ce qui s'applique)?

☐ Antidépresseurs

☐ Anxiolytiques

☐ Antipsychotiques

☐ Régulateurs de l'humeur

☐ Nom du médicament (si ne connaît pas la classe) :

4. Avez-vous déjà été hospitalisée en psychiatrie?.....

a. Si oui, nombre de fois où vous avez été admise en psychiatrie?.....

b. Date(s) d'admission?.....

c. Durée du/des séjour(s) en psychiatrie?.....

III.5 Notes réflexives après entrevue

1. Circonstances de l'entrevue

Heure :

Lieu :

2. Conditions de production du discours (état d'esprit pré-entrevue, événement particulier pré-entrevue)

3. Observation du participant en entrevue et déroulement de l'entrevue

4. Impressions personnelles

5. Remarques méthodologiques

6. Synthèse descriptive de l'entretien